

Les troubles du comportement chez les enfants épileptiques à intelligence normale ou sub-normale

(Etude de 40 cas)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 13 JUIN 1973

PAR

Robert DEVAUX

Président du Jury : Mr le Professeur P. Bernasconi
Juges : Mr le Professeur J. Delcour
: Mr le Professeur C. Piussan
: Mr le Professeur A. Milhaud

Les troubles du comportement chez les enfants épileptiques à intelligence normale ou sub-normale

(Etude de 40 cas)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 13 JUIN 1973

PAR

Robert DEVAUX

Président du Jury : Mr le Professeur P. Bernasconi
Juges : Mr le Professeur J. Delcour
: Mr le Professeur C. Piussan
: Mr le Professeur A. Milhaud

Les troubles du comportement chez les enfants épileptiques à intelligence normale ou sub-normale

(Étude de 40 cas)



POUR LE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présenté et soutenu publiquement

LE 13 JUIN 1973

PAR

Robert DEVAUX

Président du jury : Mr le Professeur P. Garbino
Mr le Professeur J. Delbecq
Mr le Professeur C. Rivier
Mr le Professeur A. Milhau

A MARIE CHRISTINE

A MES CHERS PARENTS

A TOUTE LA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur P. BERNASCONI

Professeur titulaire de la Chaire de Pathologie interne

Médecin des Hôpitaux

Doyen de la faculté de Médecine et de Pharmacie d'Amiens

Croix de Guerre 1939-1945

Chevalier des Palmes Académiques.

Il nous a été donné d'apprécier au cours de nos études la haute valeur de votre enseignement.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter malgré vos multiples occupations, la présidence de cette thèse.

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur J. DELCOUR

Maître de Conférence agrégé de chirurgie

Neuro-Chirurgien des Hôpitaux.

Nous avons effectué notre premier stage hospitalier dans le service de Neuro-Chirurgie où nous avons été impressionnés par vos connaissances, vos prouesses techniques et votre amabilité.

Nous vous manifestons nos sentiments de profonde reconnaissance pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur C. PIUSSAN

Maître de conférence agrégé de Pédiatrie

Médecin des Hôpitaux

Croix de la Valeur Militaire.

L'intérêt suscité par vos cours a été déterminant
et nous a conduit sur le chemin de la Pédiatrie.

Vous nous avez guidé tout au long de cette thèse en
nous prodiguant avec une extrême gentillesse vos conseils et
votre soutien.

Nos nombreuses rencontres nous ont fait découvrir
vos qualités humaines.

Nous espérons ne pas trop vous décevoir et nous vous
présentons cette thèse en témoignage de notre respectueuse
gratitude.

A Monsieur le Professeur A. MILHAUD

Maître de conférence agrégé d'Anesthésiologie

Médecin des Hôpitaux.

Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de
participer au jury de cette thèse.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de
nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous portez
à notre travail en acceptant de le juger.

A Monsieur le Professeur P. DEBRAY

Professeur agrégé de Pédopsychiatrie

Médecin des Hôpitaux.

Nous vous remercions de votre accueil et de vos
Conseils pour l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Docteur BLANCHARD

Chef du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier d'Amiens

Vous nous avez ouvert votre service et prodigué
vos conseils. Recevez l'assurance de nos vifs remerciements.

A Monsieur le Docteur M. DESIGNOLLE,

Chef du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Beauvais

Vos connaissances, votre honnêteté professionnelle,
votre sens du devoir et votre sensibilité sont pour nous un exem-
ple. Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre plus pro-
fond respect.

A Monsieur le Docteur H. LUTUN

Assistant du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de
Beauvais.

A Madame le Docteur L. DESIGNOLLE

Neuro-psychiatre infantile

Nous vous remercions vivement de votre aide
pour la réalisation de ce travail.

A ma chère Mère,

en remerciement pour les traductions des textes
constituant la bibliographie de cette thèse.

Qu'elle trouve ici toute l'expression de ma tendresse.

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

HISTORIQUE ET EVOLUTION DES IDEES

Depuis des siècles, des rituels mystiques ou sataniques brouillaient les contours de l'Epilepsie ; on mélangeait l'hystérie et l'épilepsie... On a cru à une "dégénérescence Epileptique"... toutefois, la pathogénie de la crise Epileptique est mal connue pour distinguer avec rigueur la crise et les troubles intercritiques : troubles du comportement et troubles psychologiques, voire psychiatriques qui lui font cortège.

La nature et l'origine exacte de ces troubles psychologiques accompagnateurs est mal connue ; on peut les distinguer d'après le moment de leur apparition : ceux qui lui sont directement liés et ceux qui s'installent entre les crises faisant le quotidien de l'Epiléptique qui en souffre.

I DEFINITION

On parlait autrefois d'Epilepsie chaque fois qu'un sujet était privé, à l'improviste, de sens (du grec épilépsia : surprise).

Pour Ambroise PARE "L'Epilepsie signifie surprise ou rétention de tous les sentiments".

On différencie l'Attaque d'Epilepsie de l'Epilepsie proprement dite faisant intervenir une notion de chronicité. On réserve le terme Epilepsie aux seules crises cérébrales résultant de la décharge hypersynchrone d'une population neuronique.

On parle de lésions microstructurales soit au niveau supérieur de la face interne du lobe temporal, soit au niveau du système réticulé activateur ascendant (S. R. A. A.). Ces lésions sont dues à des facteurs traumatiques, métaboliques, biochimiques ou génétiques. Grâce à la stéréo-électroencéphalographie et aux tracés des potentiels convulsifs enregistrés par les micro-électrodes intracellulaires, certains auteurs sont portés à croire que la crise épileptique a son origine au niveau du cortex, c'est-à-dire au niveau le plus élevé de la vie psychique où la représentation finale et l'opération de synthèse mentale interviennent.

II - HISTORIQUE

HIPPOCRATE a reconnu la nature organique des crises ; malgré cela la maladie pendant des siècles a été ressentie comme magique, démoniaque, comme une "possession".

L'Epilepsie semble être connue depuis la plus haute antiquité : de tous les temps, elle a frappé les observateurs. (on sait qu'HIPPOCRATE s'intéressait aux convulsions de l'enfant). Sans doute est-ce pour cela qu'"elle traîne derrière elle des préjugés millénaires" ?

Le Livre du "Corpus Hippocraticum " consacré à l'Epilepsie, considéré comme écrit par HIPPOCRATE, montre qu'il s'agit d'une maladie organique localisée dans le cerveau, absolument pas d'une malédiction divine. Cette anticipation d'une vérité devenue seulement évidente après plus de deux mille ans ne devrait pas être considérée comme pure intuition (c'est-à-dire fondée ni empiriquement ni expérimentalement). HIPPOCRATE a par comparaison avec des animaux domestiques qui avaient des crises de forme épileptique, tiré des conclusions d'analogie avec le substrat de l'Epilepsie humaine localisée semblablement ; ainsi il a employé une argumentation

semblable à celle que préférerait plus tard GALTEN. Ils furent renforcés dans leur conviction par l'aspect exalté des blessés du crâne pour lesquels par ailleurs le système de philosophie naturelle de DIOGENE, ANAXAGORAS, STRATON et d'autres, leur assuraient la démolition intellectuelle. Par la suite, l'étiologie naturelle de l'Epilepsie reste incombattable pour les médecins grecs, avant tout les grands HEROPHILOS et ERASISTRATOS d'Alexandrie. A ROME, où l'on trouve des médecins grecs 200 ans avant Jésus-Christ et où l'éphésien SORANUS et le cappadocien ARETAEUS étaient particulièrement intéressés par l'Epilepsie, le caractère déterminé de la crise était toujours considéré par eux comme un présage du diable. CATO D'AE et PLINIUS D'AE n'en critiquaient pas moins la médecine grecque. Il fallut le Romain AULUS CORNELIUS CELSUS et son oeuvre "la question médicale" pour aider à faire percer la conception hippocratique de la crise épileptique.

Sa longue histoire cependant ne paraît pas avoir apporté beaucoup d'éclaircissement pendant longtemps. Il y a moins d'un siècle, ne considérat-on pas encore l'Epileptique comme un malade dangereux et irrécupérable pour lequel on se bornait à rechercher une "assistance" ? Il faut presque attendre le milieu de notre siècle pour voir surgir et se multiplier les travaux tendant à éclaircir les nombreuses inconnues de cette maladie aux aspects multiples.

L'Epileptique est encore selon les termes de MARCHAND et de AJURIAGUERRA, non seulement "un infirme" (on tend à substituer à ce qualificatif celui de "handicapé physique"), c'est aussi un "inadapté que la société craint et repousse même en notre XXe siècle". Ces difficultés d'adaptation étant intimement liées à la maladie elle-même.

C'est seulement au début du siècle qu'il a été question dans la littérature spécialisée de quelques bizarreries psychiques auxquelles nous pensons tout de suite dans les modifications de la personnalité de l'Epileptique. FALRET dans "l'Etat mental des Epileptiques" (1861) attribue une très grande importance à l'irritabilité des Epileptiques : "le changement entre timidité, politesse exagérée d'une part, indolence et méchanceté d'autre part sont la marque du caractère épileptique". De même FERE (1890) insiste sur leur penchant à un attache-

ment durable, leur persévérance, leur religiosité malade comme sur la lenteur de leurs réactions. KRAEPPPELIN en 1887 décrit l'épileptique comme très sensible, ne pouvant pas oublier pendant longtemps les humiliations, ayant recours à la force pour se mettre en valeur vis à vis de lui-même et de sa famille. En 1889, il décrit le sens pécuniaire des Epileptiques, en 1893 leur politesse cérémonieuse, en 1896 leur manière gauche de rendre service, la lenteur de leur travail dans les plus petits détails ; en 1899, il insiste sur les façons cérémonieuses de l'Epileptique, la confusion de son expression, sa politesse précieuse, son inclination, à des discours religieux, le sentiment élevé de son moi et la joie de l'espoir.

On s'étonne que les anciens cliniciens qui ont si subtilement décrit les crises et leurs équivalents psychiques, aient si peu insisté sur les transformations caractérielles durables qu'elles provoquaient. Les premiers travaux ont concerné l'épilepsie de l'Adulte alors que l'épilepsie infantile est restée très longtemps, surtout dans son aspect psychologique, inexplorée.

III - EVOLUTION DES IDEES

L'Epilepsie est l'affection pour laquelle de tous temps le public a eu le plus de méfiance. Ignorant tout au sujet de sa cause et impressionné par l'aspect souvent terrifiant de ses manifestations, on lui a longtemps attribué une origine démoniaque ou divine, et de ce fait des Epileptiques ont été soumis à des supplices physiques divers, voire même mortels.

Certes, le découragement et la prohibition du mariage des Epileptiques remonte au Moyen-Age (la loi Suédoise date de 1757), mais les lois d'Immigration aux Etats Unis interdisent en 1958 l'entrée d'un épileptique aux U. S. A., même avec un visa touristique, à moins que les crises

ne soient dues à un traumatisme cérébral. La "possession du démon" n'existe plus, mais des lois contenant une énumération de termes non moins sinistres tels : le criminel, le fou, le déficient mental existaient encore il y a moins de dix ans....

Pour une grande majorité du public, sinon sa quasi totalité, le terme "d'épilepsie" évoque d'abord une maladie "terrifiante", la grande crise, le "haut mal", et elle seulement. Les multiples aspects de la maladie, les souvenirs qu'il a pu en conserver et les descriptions qu'il en a glané à droite et à gauche, lui ont laissé un sentiment de malaise, dans la genèse duquel, l'intensité du phénomène et sa brutalité ne sont pas étrangères. Du spectacle de la crise naît une réaction affective complexe à l'égard du malade, faite de répulsion certes, mais aussi d'une certaine attirance pour son côté mystérieux. Pour la victime d'une maladie, il y a spontanément une sympathie et un support du public, et uniquement pour l'Epilepsie qui est un "spectacle" pour ceux qui voient la crise, il y a un sentiment de rejet et de dégoût. Cette réaction affective engendrée par la crainte correspond à ce que les analystes désignent sous le terme polynésien de "Tabou"; cherchant à traduire ce terme, FREUD ne lui trouve d'ailleurs de réelle correspondance qu'avec le "Sacer" des anciens. L'Epilepsie "morbus sacer", voilà la maladie "Tabou" mais la chute, le raidissement du corps sont pour le profane des indications redoutables ; elles lui montrent la nature "nerveuse" de la maladie. L'appréhension rejoint alors tout ce qui a entouré d'un halo de répulsion les malades mentaux. Affleurent très vite les notions de tare, d'hérédité.

La discrimination vient de ce qu'il n'y avait pas de traitement et que l'épileptique relevait de l'Asile ou que l'Idiot du village était représentatif de ceux ayant des crises convulsives. La découverte de l'électro-encéphalographie, les thérapeutiques médicamenteuses et chirurgicales, les différentes investigations psychologiques ont rendu quelque peu désuets ces préjugés.

Les troubles caractériels sont rencontrés dans un grand nombre de cas, mais il faut distinguer les troubles réellement dûs à l'épilepsie de ceux qui surviennent aussi bien chez un bon nombre de sujets non comitiaux

en proie à un conflit psychologique. On a parlé de "personnalité Epileptique", cette personnalité ayant des traits tellement nets que l'on s'est mis à les rechercher chez les caractériels parlant alors de "mentalité épileptoïde" (Mme MINKOWSKA) : cette mentalité serait "glyschroïde" et oscillerait entre deux pôles opposés : viscosité et impulsivité. Mme MINKOWSKA reprenait les travaux de MAUZ (1937) qui sous la poussée des conceptions constitutionnalistes a dégagé dans le cadre de l'Epilepsie, maladie héréditaire, une constatation particulière : le sujet "énéchétique" caractérisé par un trait psychologique principal : la persévération qu'explique la pauvreté du rendement intellectuel et l'affectivité "visqueuse" qui détermine un comportement hypersocial et traditionnaliste. On a même essayé à partir de techniques projectives telles le Test de Rorschach, de dégager des signes révélateurs de troubles du comportement tels la bradypsychie, et arriver de cette sorte au diagnostic d'Epilepsie. A côté des conceptions psychologiques découlant des conceptions constitutionnalistes, on tient compte de l'atteinte organique cérébrale qui va gêner le développement de la personnalité, et l'influence du milieu dans lequel l'enfant va se développer.

Les statistiques établies dans différents pays donnent une fréquence d'1 épileptique pour 200 ou pour 300 sujets. Alors que 5 à 10 % des enfants font des crises convulsives, à peine 0,5 % seront épileptiques. On pourrait dire que la crise convulsive est à l'Epilepsie ce que la bronchite est à l'asthme en ce sens que parmi les enfants faisant des crises convulsives, une infime minorité seront épileptiques. Ce pourcentage élevé d'Epileptiques montre toute l'importance et la gravité du problème ; chez des adultes jeunes, l'épilepsie a eu la deuxième place en importance parmi les motifs de réforme de l'armée Américaine au cours des deux guerres.

DEUXIEME PARTIE

NOTRE ETUDE : SES METHODES, SON OBJET

CHAPITRE I

OBJET DE L'ETUDE

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes servis de 40 dossiers d'enfants épileptiques hospitalisés à l'hôpital d'Amiens entre 1967 et 1972 ; ces enfants ayant un coefficient intellectuel normal ou sub-normal ont été répartis en 2 échantillons de 20 chacun ; un échantillon d'enfants où l'on avait noté lors de l'hospitalisation des troubles du comportement, et un échantillon témoin d'enfants épileptiques ne présentant pas de troubles du comportement.

Nous nous sommes proposés tout d'abord de voir s'il existait une différence significative d'une part dans les facteurs organiques et génétiques déterminant l'épilepsie, d'autre part dans les facteurs sociaux, c'est-à-dire dans l'environnement de ces enfants, pouvant ainsi expliquer les troubles du comportement. Après avoir élaboré un questionnaire en vue d'avoir une certaine homogénéité dans les possibilités de comparaison, nous avons donc reçu un à un ces enfants en présence de leurs parents dans leur contexte familial.

De façon plus générale, nous avons étudié : l'adaptation de ces enfants épileptiques à la vie sociale ; les troubles du comportement proprement dits déterminant leur personnalité ; les problèmes scolaires posés à des enfants d'intelligence normale ou sub-normale, porteurs d'épilepsie.

Nous avons en outre effectué une enquête chez des enseignants pour connaître le retentissement actuel de l'épilepsie. Après avoir tenté une mise au point des différentes hypothèses concernant la pathogénie de ces troubles, nous considérons les possibilités thérapeutiques et plus particulièrement le rôle du médecin face à ces troubles du comportement.

Le questionnaire servant de base à l'interrogatoire des malades et de leur famille comportait essentiellement 9 rubriques.

I - La crise

- 1) Nombre de crises par an, mois, jour. Durée. depuis quand ? date de la dernière crise. Etc...
- 2) Les crises sont-elles déclenchées par des émotions ? des colères ? par autre chose ?...
- 3) La vue d'une crise est-elle traumatisante pour les parents, la fratrie, les camarades d'école ?...

II - Facteurs organiques

- 1) Lésions natales, périnatales Accouchement :
- 2) Méningite ?....

III - Facteurs génétiques

- 1) Antécédents d'Epilepsie, de convulsions dans la famille ?...
- 2) Antécédents de psychose ?...
- 3) Antécédents de troubles neurologiques ?...

IV - Facteurs sociaux et culturels : environnement .

- 1) Nombre de frères et soeurs ? situation dans la famille ?...

- 2) conditions économiques et sociales ?...
- 3) type de vie ; sédentaire ou nomade ?...
- 4) Notion d'éthylisme dans la famille ?...
- 5) profession du Père ? de la Mère ?...
- 6) notion de divorce ? ...
- 7) Lectures des parents ?...
- 8) entente parentale : troubles conjugaux ?...
- 9) La grossesse de cet enfant a-t-elle été désirée ?...
- 10) présence du père à la maison ?...
- 11) présence de la mère à la maison ?...
- 12) attitude maternelle ?... (rejet, surprotection)...
- 13) attitude paternelle ?...
- 14) attitude de la fratrie ?...
- 15) les voisins savent-ils que votre enfant est épileptique ?...

V - Intégration de l'enfant à la vie sociale.

- 1) Quels sont ses loisirs ?... (en famille ou pas)
- 2) Fait-il partie d'un mouvement de jeunes ?...
- 3) Va-t-il en colonie de vacances ?...
- 4) fait-il du sport ?.. (foot-ball, vélo, natation, gymnastique)...

VI - Personnalité de l'enfant

- 1) en dehors des crises, est-il normal ou anormal ?...
- 2) redoute-t-il la crise ?...
- 3) se sent-il différent des autres ?...

- 4) est-il "nerveux" ?...
- 5) est-il instable ? Depuis quand ? En tout milieu ?...
- 6) veut-il dissimuler ses crises ?...
- 7) aide-t-il à la maison ?...
- 8) vis-à-vis de ses parents, est-il affectueux, indifférent, versatile, arrogant ?...
- 9) vis-à-vis de ses frères et sœurs, est-il sociable, effacé, vaniteux, orgueilleux ?...
- 10) vis-à-vis de ses camarades d'école, est-il doux, complaisant, jaloux, méchant ?...
- 11) est-il timide, complexé, hypersensible, trop gentil, coléreux, agressif, menteur, voleur, irritable, brutal, bagarreur ?...
- 12) est-il lent, visqueux, impulsif ?...
- 13) est-il attentif, soigneux, désobéissant, instable, inattentif ?...
- 14) est-il anxieux ?...
- 15) son comportement est-il variable et surprenant ?...
- 16) y-a-t-il une date où son comportement a changé ?...
- 17) l'endormissement est-il rapide ? Rêve-t-il la nuit ? Se réveille-t-il la nuit ? A-t-il des terreurs nocturnes ? des cauchemars ? des crises de somnambulisme ? ...

VII - Problèmes scolaires

- 1) Age de la mise à la maternelle ?...

2) niveau scolaire :

C. P.	11e	6 ans
CE 1	10e	7 ans
CE2	9e	8 ans
CM1	8e	9 ans
CM2	7e	10 ans
6e	6e	11 ans

lecture - écriture - orthographe - calcul - conduite - redoublement.

3) retentissement des crises sur la scolarité ? sur ses capacités intellectuelles ?...

4) est-il à l'aise dans l'ambiance de l'école ?...

5) a-t-il fait une crise à l'école ?...

6) attitude du maître ?...

7) est-il dispensé de sport à l'école ?...

VIII - Perspectives d'avenir.

1) que veut-il faire plus tard comme activité professionnelle ?...

2) son avenir est-il compromis par les crises ?...

IX - Traitement.

1) détailler les traitements ... Effets sur le comportement ?...

2) le traitement médicamenteux est-il, selon vous, indispensable, contraignant et inefficace, insuffisant ?

3) Prend-il son traitement régulièrement ?

4) quelle est l'attitude du médecin ?

- médecin traitant...
- médecin scolaire ...
- médecin spécialiste...

L'AGE

Les 40 enfants étudiés ont des âges s'échelonnant entre 5 et 19 ans ; l'âge moyen global est de 10 ans et 11 mois ;

- dans l'échantillon étudié ;

- 6 enfants ont entre 5 et 8 ans
- 7 enfants ont entre 8 et 11 ans
- 1 enfant a entre 11 et 14 ans (12 ans)
- 5 enfants ont entre 14 et 17 ans
- 1 enfant a entre 17 et 19 ans (19 ans)

soit un âge moyen de 10 ans et 5 mois

- dans l'échantillon témoin :

- 1 enfant a entre 5 et 8 ans (5 ans 1/2)
- 7 enfants ont entre 8 et 11 ans
- 8 enfants ont entre 11 et 14 ans
- 2 enfants ont entre 14 et 17 ans
- 2 enfants ont entre 17 et 19 ans

soit un âge moyen de 10 ans et 11 mois.

La notion d'âge est particulièrement importante dans la période pubertaire où se trouve posé le problème de l'acceptation de la maladie.

LE SEXE

L'échantillon global comprend 21 filles et 19 garçons, 10 filles et 10 garçons dans la population étudiée, 11 filles et 9 garçons dans l'échantillon témoin.

LE RECU

Dans l'échantillon étudié, 8 n'ont pas fait de crise depuis plus d'un an ; 4 n'ont pas fait de crises depuis plus de 6 mois ; 4 ont fait plus de 4 crises depuis 1 an et 4 présentent des absences répétées allant d'1 par semaine à 5-6 par jour.

Dans l'échantillon témoin, 12 n'ont pas fait de crise depuis plus d'un an et parmi les 12, 8 n'ont fait qu'une seule crise ; 2 n'ont pas fait de crise depuis plus de 6 mois ; 3 ont présenté plus de 3 crises depuis 1 an et 3 présentent des absences allant d'1 tous les 2 jours à 4 par jour.

De façon globale, la moitié (20/40) n'ont pas fait de crise depuis plus d'un an.

LES CRITERES

qui nous ont permis de déterminer notre population à étudier ont été : dans 8 cas, des facteurs graves d'inadaptation sociale et plus particulièrement scolaire dont 4 avaient été signalés par le médecin traitant ; dans 6 cas des notions d'instabilité et d'irritabilité ; dans 4 cas des troubles du sommeil et 2 cas de troubles divers.

Le Q. I.

Le coefficient intellectuel de l'échantillon étudié est de 99 ; celui de l'échantillon témoin de 100,8 ; le coefficient intellectuel global est de 99,9 : il est, comme nous le verrons plus loin, situé dans les limites de la normale qui va de 95 à 105.

CHAPITRE II

METHODE D'APPROCHE : LE NIVEAU INTELLECTUEL PROBLEME DU Q. I.

L'établissement d'un quotient intellectuel moyen sur une population d'enfants épileptiques donne toujours des chiffres inférieurs à la moyenne. Il serait erroné d'en déduire que l'épilepsie est en soi une cause d'arriération mentale. En effet, les statistiques groupent toutes les variétés de comitialité et englobent notamment les encéphalopathes comitiaux. De plus, certains éléments peuvent intervenir pour perturber de façon occasionnelle le rendement intellectuel de ces enfants.

On associe souvent épilepsie et dégradation intellectuelle, on pourrait tout aussi bien l'associer au génie puisque de grands hommes tels : BOUDHA, SOCRATE, ALEXANDRE LE GRAND, JULES CESAR, MAHOMET PIERRE LE GRAND, NAPOLEON BONAPARTE auraient été épileptiques ou des névropathes avec des crises épileptoïdes.

L'épilepsie a été très longtemps considérée comme une maladie incurable évoluant inéluctablement vers la démence ; la "démence épileptique" telle que la décrit ESQUIROL mérite d'être rapportée : "la démence est l'espèce d'aliénation mentale qui menace le plus ordinairement les épileptiques. Les facultés intellectuelles se dégradent peu à peu, l'intelligence s'altère, s'affaiblit, les sensations n'ont plus la même vivacité, la mémoire se perd, l'imagination s'éteint ; les épileptiques tombent dans la démence incurable. Cette tendance à la démence est plus directement liée à la fréquence des vertiges qu'à celle des accès épileptiques. Les vertiges ont une influence plus active, plus énergique sur le cerveau que ce que l'on appelle le grand mal ou l'accès complet... Lorsque l'épilepsie cesse, lorsqu'elle est suspendue pendant

plus ou moins longtemps, lorsque les accès s'éloignent sans que la maladie ait cessé, alors l'intelligence se rétablit progressivement, le caractère s'améliore... chez quelques enfants épileptiques, la raison ne se développe point ; ils sont idiots . Chez d'autres, elle se développe mais se perd de bonne heure. " Ce tableau apparaît actuellement très rare. Les travaux qui ont suivi ont démontré que la démence épileptique, était loin d'être univoque et qu'il n'existait en fait que des états d'obtusion temporaire pendant les phases intercritiques chez les épileptiques. Dans les premières années de la vie, cet état extrêmement rare de démence donne au jeune épileptique l'aspect de l'idiotie acquise, qui est plus le fait de l'encéphalopathie primitive que la conséquence de l'épilepsie elle-même.

Parmi les épileptiques ayant un déficit intellectuel on peut distinguer 3 groupes : le premier où le niveau intellectuel de départ est très bas, il s'agit généralement de lésions cérébrales organiques précoces, par ailleurs l'âge où surviennent ces troubles est primordial en ce sens que plus l'enfant est jeune, plus la possibilité de développement s'éteint (loi de massivité de CLAIREMBAUT). Le second où le niveau intellectuel normal ou affaibli diminue au cours de la maladie, il y a un lien lâche entre la fréquence des crises et la détérioration intellectuelle puisque certains enfants après des centaines de crises ne montrent aucun recul de l'intelligence, alors que d'autres montrent une baisse du niveau intellectuel après seulement quelques crises ; par ailleurs, la fréquence des crises, les contusions cérébrales dues aux chutes entraînées par les crises interviendraient; comme nous le verrons plus loin le rôle des thérapeutiques médicamenteuses est difficile à déterminer. Le troisième dont les troubles intellectuels marquent une pseudoprogression et descend secondairement.

La détermination du degré d'intelligence ou du coefficient intellectuel est primordiale. Elle doit être effectuée dans certaines conditions et il ne faut lui accorder que la valeur qui lui revient. On ne doit pas oublier que le Q. I.

reflète un degré d'intelligence à un moment déterminé : celui où l'on fait le test, qu'il est susceptible de se modifier, et qu'il est grave de donner une étiquette de "débile" à un enfant en fonction d'un seul examen. Cette étiquette peut le suivre et intervenir dans son avenir. Le Q.I. global comporte un Q.I. verbal et un Q.I. de performance pour le W.I.S.C. qui est le test de WESCHLER - BELLEVUE appliqué à l'enfant.

L'enfant Roger G., né le 18.12.60 présente en Mars 1969 un Q.I. à 48 au test de TERMANN-MERRILL; 11 mois plus tard le Q.I. au test de TERMANN-MERRILL est à 70. L'enfant Christine C. présente à 3 semaines d'intervalle une élévation du Q.I. de 61 à 72 au test de WECHSLER-BELLEVUE; 11 points de progrès sur le Q.I. verbal et 7 points sur le Q.I. de performance, ce qui est nettement plus que ne peut expliquer un simple apprentissage dû à la répétition du test, surtout chez un malade organique. Le premier test montre en réalité, sur un fond de détérioration modérée, une phase d'obtusion mentale, et si le Q.I. de 61 reflétait bien l'efficiencia momentanée de l'enfant, il ne rendait pas compte de ses possibilités intellectuelles réelles. Des auteurs américains pensent que la détérioration mentale peut être en rapport avec des modifications temporaires précédant ou suivant immédiatement les crises. Ils concluent que la détérioration chez les épileptiques n'est pas forcément irréversible. La variabilité de l'efficiencia intellectuelle est très importante. FALRET l'avait déjà signalé ; les psychologues ont observé des écarts allant jusqu'à 20 points de Q.I. d'un examen à l'autre, écarts réversibles, sans rapports précis avec la proximité d'une crise ; des variations ont même pu être notées au cours du même examen.

Cette notion de variabilité des résultats due à une obtusion temporaire et réversible nous paraît plus importante à connaître chez l'enfant épileptique que le médecin est parfois amené à préconiser chez ce dernier un placement en Institut Médico Pédagogique. La connaissance du niveau intellectuel réel de l'enfant est alors de la plus haute importance, le choix de l'établissement étant en grande partie conditionné par le Q.I. Il s'agit d'une notion importante sur le plan pédagogique, car elle peut provoquer des renvois scolaires malencontreux, sur le plan médico-légal où il ne faut pas oublier la responsabilité oscillante des épileptiques, et sur le plan social car des malades ont pu être internés comme inadaptables alors qu'ils se trouvaient simplement

dans des phases d'obtusion réversible. Il faut tenir compte de la personnalité du psychologue et être rigoureux dans les modalités d'application en répétant les test de niveau.

La plupart des enfants atteints d'épilepsie essentielle ont un niveau comparable à celui des enfants normaux. L'étude du Q. I. des enfants ayant un petit Mal idiopathique est le plus élevé. COLLINS sur 400 malades suivis en consultation privée a montré qu'une intelligence amoindrie n'est pas une suite inéluctable de l'épilepsie. HEUHER et DESHAIES trouvent que 58 % des enfants épileptiques ont un niveau intellectuel normal ou supérieur au BINET-SIMON. Pour TRIBON 56% des enfants sont dans la classe de leur âge ou ont un an de retard : 22 % ont un Q. I. supérieur à 100, 55 % un Q. I. compris entre 80 et 100, et 15 % un Q. I. compris entre 60 et 80. LENNOX signale sur 600 cas un Q. I. à 109 ; (la moyenne dite normale est située entre 95 et 105) ; ceux avec des troubles mentaux auraient 7 points de moins que le groupe des épileptiques sans troubles mentaux. Pour KOUPERNIK, dans les épilepsies centrencéphaliques dites essentielles le Q. I. atteint en moyenne 114. Les statistiques montrent un degré très bas d'intelligence chez les enfants épileptiques de différentes institutions : mais généralement, le manque d'intelligence est la raison fondamentale d'un placement en institution, tandis que les crises en elles-mêmes ne sont qu'exceptionnellement une indication pour ce placement.

Dans notre échantillon le Q. I. global moyen est de 99,9.

- Dans l'échantillon étudié :

- . 2 enfants ont un Q. I. entre 80 et 85
- . 4 enfants ont un Q. I. entre 85 et 90
- . 5 enfants ont un Q. I. entre 90 et 95
- . 2 enfants ont un Q. I. entre 95 et 100
- . 3 enfants ont un Q. I. entre 100 et 105
- . pas d'enfant ayant un Q. I. entre 105 et 110
- . 4 enfants ont un Q. I. supérieur à 110

soit un Q. I. moyen de 99. 5 enfants sont dans la zone dite "normale", 4 la dépassent, et 9 sont en dessous mais à un niveau dit "suffisant".

- Dans l'échantillon témoin :

- . 2 enfants ont un Q. I. entre 80 et 85
- . 2 enfants ont un Q. I. entre 85 et 90
- . 3 enfants ont un Q. I. entre 90 et 95
- . 3 enfants ont un Q. I. entre 95 et 100
- . 3 enfants ont un Q. I. entre 100 et 105
- . 3 enfants ont un Q. I. entre 105 et 110
- . 4 enfants ont un Q. I. supérieur à 110

soit un Q. I. moyen de 100,8. 6 enfants sont dans la zone dite "normale", 7 la dépassent, et 8 sont en dessous mais à un niveau dit "suffisant".

TROISIEME PARTIE

ANALYSE DES COMPOSANTS

CHAPITRE I

FACTEURS ORGANIQUES ET GENETIQUES

I - Facteurs organiques.

L'organicité peut expliquer certains troubles du comportement rencontrés chez les épileptiques ; KOUPERNIK, GASTAUT et LAFON insistent sur cette cause ; pour ce dernier "il s'agit non pas de perturbations d'ordre purement psychogène, mais une atteinte des structures neuro-psychiques de base"... L'altération de la personnalité est consécutive aux lésions cérébrales, elles-mêmes responsables de l'épilepsie ; les troubles du comportement sont plus fréquents dans les épilepsies post-traumatiques.

Les lésions qui intéressent le tronc cérébral ou augmentent à distance son excitabilité provoquent des crises généralisées d'emblée. Les lésions lobaires ou hémisphériques et parfois même cérébrales, qui font décharger un secteur plutôt qu'un autre en fonction de son seuil convulsivant particulièrement bas et d'une prédominance locale de la lésion provoquent des crises partielles ; le lobe temporal ayant un seuil convulsivant particulièrement bas explique que les crises de ce lobe seront plus fréquentes. COBB comme GUTTSCHALK trouve, comme processus organique, un seuil convulsivant abaissé : un argument leur a été apporté par les découvertes électroencéphalographiques de LENNOX qui estime que 10 % de la population présenterait des dysrythmies impliquant une prédisposition à faire des troubles comitiaux ; mais la relation entre les dysrythmies cérébrales et la prédisposition comitiale est assez controversée : des épileptiques certains ne présentent pas ces anomalies et le champ de l'épilepsie dite essentielle se rétrécit toujours davantage à mesure que se dégage l'importance des lésions

dues à un traumatisme obstétrical, à une maladie néo-natale etc... qui peuvent rester inaperçues et ne donner lieu à des troubles comitiaux que bien des années plus tard.

La nature des lésions en cause est évidemment très variée ; pendant la vie prénatale, il faudrait citer toutes les affections pouvant atteindre la mère pendant la grossesse ; à la période périnatale, il faudrait citer toutes les causes de souffrance foetale entraînant une anoxie cérébrale généralisée, ou une ischémie cérébrale partielle ; après la naissance, on distingue les affections congénitales proprement dites, des maladies post-natales telles les encéphalites, méningites, encéphalopathies, les affections dégénératives hérédo-familiales. Ces facteurs organiques peuvent être démasqués par un facteur fonctionnel surajouté, qu'il s'agisse de prédisposition convulsivante héréditaire ou de troubles métaboliques.

Dans notre statistique, les facteurs organiques des deux échantillons semblent peu spécifiques.

Dans l'échantillon étudié : nous avons 4 enfants nés prématurés dont 2 auraient été réanimés à la naissance ; 1 post-maturé de 18 jours ; 2 enfants nés à terme et réanimés ; 11 enfants n'auraient aucun antécédent pathologique à la période néo-natale ; 2 enfants auraient fait selon les familles une méningite mais la notion est peu plausible.

Dans l'échantillon témoin : nous avons 3 enfants nés prématurés ; 2 toxicoses graves survenues dans les premiers mois de la vie ; 2 traumatismes crâniens ; 1 hématome intra-cérébral ; 10 enfants n'ayant aucun antécédent pathologique notable ; 2 enfants auraient fait, toujours selon les familles une méningite mais cette notion, au moins dans l'un des deux cas, est fort improbable.

2 - Facteurs génétiques

Les épilepsies génétiques sont celles qui résultent de la transmission Mendélienne d'un gène dominant autosomique (METRAKOS) responsable d'une prédisposition convulsivante suffisamment importante pour faire apparaître une crise chaque fois que le seuil convulsivant est abaissé sous l'effet d'un facteur quelconque (hyperthermie, fatigue, émotion...). Ces épilepsies se retrouvent souvent chez plusieurs membres d'une même fratrie et s'atténuent progressivement avec l'âge qui élève le seuil convulsivant ; chez les membres de la fratrie qui semblent indemnes, l'électroencéphalogramme met en évidence, dans la moitié des cas environ, des décharges infra-cliniques de pointes-ondes spontanées ou provoquées par la stimulation lumineuse intermittente, qui confirment chez eux la prédisposition convulsivante (épilepsie latente).

Parmi les proches parents d'un enfant épileptique, les statistiques trouvent 5 % d'épilepsies essentielles soit 1/20e ; 60 % des parents d'épileptiques ont un tracé d'E. E. G. altéré. On peut en conclure que la dysrythmie est un facteur héréditaire et "un fils d'épileptique, étant donné son "aptitude convulsivante" a intérêt à ménager son système nerveux" (Pr BAUDOIN). P. VERCELLETO et J. COURBON arrivent aux conclusions suivantes : "trois fois sur quatre, l'épileptique essentiel que nous observons n'a aucun antécédent familial connu", et ils ajoutent, les faits cliniques confirment tout à fait l'opinion générale à savoir qu'il existe bien une prédisposition familiale à l'épilepsie, confirmant ainsi l'opinion de LENNOX qui écrivait que "le rôle de l'hérédité dans l'épilepsie est de même grandeur que celui du diabète"... Ainsi seule une aptitude convulsivante semble correspondre à la modification d'un gène autosomique et se transmettre héréditairement.

Dans notre statistique, nous trouvons 8 enfants sur 40 ayant des antécédents familiaux d'épilepsie et nous rejoignons les statistiques de LENNOX qui estime que 17 % des épileptiques ont un parent épileptique.

Dans l'échantillon étudié :

- 5 enfants ont des antécédents familiaux d'épilepsie
(2 oncles, 1 tante, 1 père, 1 cousin)
- 9 enfants n'ont pas d'antécédents d'épilepsie
- 2 enfants ont des antécédents de crise convulsive dans la fratrie
- 4 enfants ont des antécédents imprécisés.

Dans l'échantillon témoin :

- 3 enfants ont des antécédents familiaux d'épilepsie
(1 oncle, 1 tante, 1 père)
- 13 enfants n'ont pas d'antécédents d'épilepsie
- 1 enfant a des antécédents de crises convulsives dans la fratrie.
- 3 enfants ont des antécédents mal précisés.

Les antécédents familiaux de troubles neurologiques semblent considérables puisque 32 parents sur 80 disent avoir des troubles ; ces antécédents sont également répartis dans nos 2 catégories.

Dans l'échantillon étudié nous trouvons :

- 7 mères ayant un comportement pathologique : 5 sont particulièrement irritables, s'emportant très rapidement ; 3 d'entre elles ont été à un moment donné sous sédatifs et 2 semblent avoir présenté une situation conflictuelle particulièrement importante avec leurs enfants ; 2 ont présenté des épisodes dépressifs ayant nécessité une thérapeutique médicamenteuse...

- 9 pères présentent des troubles neurologiques ; 8 sont hypernerveux, irritables et souvent trop brutaux avec leurs enfants (ils est difficile de déterminer l'importance du côté socio-économique notamment la notion d'éthylisme) ; 1 père très dépressif a été hospitalisé.

- dans la fratrie, on retrouve dans 3 cas des notions de colères ou d'instabilité majeure, 1 fois un encéphalopathe profond et une fois plusieurs tentatives d'autolyse.

Dans l'échantillon témoin, nous trouvons :

- 9 mères présentant une instabilité neurologique, 5 semblent particulièrement irritables et avoir un caractère particulièrement explosif vis à vis de leurs enfants, 3 sont hyperanxieuses, et 1 a présenté de graves épisodes dépressifs.

- 7 pères ont un comportement anormal, 6 sont très irritables, trop durs avec leur entourage et 1 seul est très dépressif.

- Dans la fratrie, on retrouve dans 2 criconstances des antécédents d'agressivité ou de colères pathologiques.

Là encore la différence entre nos 2 échantillons n'est pas significative ; il n'en reste pas moins une importance démesurée d'antécédents familiaux de troubles neuro-psychiques qui peuvent expliquer, sinon une constitution héréditaire, du moins l'environnement de ces enfants propice aux troubles du comportement. Il s'agit d'une notion que nous reverrons plus loin.

CHAPITRE II

FACTEURS SOCIAUX ET CULTURELS : L'ENVIRONNEMENT

Les facteurs sociaux et culturels déterminant l'environnement peuvent se répartir en deux ; d'une part l'environnement purement matériel déterminé par le niveau socio-économique de la famille et d'autre part l'environnement affectif qui entoure cet enfant.

Abstraction faite des troubles psychiques majeurs, on peut se demander dans quelle mesure certaines perturbations psychologiques ou affectives ne sont pas plus liées à la situation de l'enfant malade, et à ses rapports avec la famille et avec l'extérieur qu'à la maladie épileptique elle-même ?

Déjà l'enfant bien portant est beaucoup plus réceptif que l'adulte aux influences de son entourage et se laisse beaucoup plus imprégner par lui ; cela vaut bien davantage encore pour l'enfant malade qui réagit de façon beaucoup plus sensible aux pressions ambiantes ; 25 % des enfants épileptiques présenteraient des troubles du comportement de nature purement réactionnelle ; ce chiffre est suffisamment alarmant pour essayer d'en rechercher les causes. Si, comme le dit P. JANET " ce qui fait la personnalité, c'est la société", il n'est pas inintéressant d'examiner les conditions de vie offertes au sujet épileptique. On verrait alors dans quelle mesure BRIDGE avait raison d'affirmer que "ce qu'il est convenu d'appeler la personnalité épileptique se présente, dans une grande mesure, comme la réaction des patients aux problèmes et situations créés par la maladie elle-même".

I - L'environnement matériel.

Nous avons estimé les conditions économiques et sociales en fonction de l'habitat, de la profession des parents, des lectures des parents, d'une notion d'éthylisme éventuelle, du nombre des frères et soeurs dans la famille et du nombre de déménagements effectués par l'enfant.

1) L'habitat a été estimé en fonction de l'aspect extérieur de la maison, de la propreté, et du nombre de pièces par rapport au nombre d'habitants.

	échantillon étudié	échantillon témoin
Habitations médiocres	6	1
Habitations moyennes	7	9
Habitations favorables	5	6
Habitations très favorables	2	4

2) La profession du père a été estimée de façon arbitraire en 3 catégories :

	échantillon étudié	échantillon témoin
Inférieure	9	5
Moyenne	6	12
Supérieure	3	3
Indéterminée	2	

Il faut remarquer que 5 mères sur les 40 interrogées travaillent en dehors de chez elles : 3 dans l'échantillon étudié et 2 dans l'échantillon témoin.

3) Lectures des Parents.

	échantillon étudié	échantillon témoin
Lisent	2	6
Ne lisent pas	16	10
Lisent peu	2	4

Nous avons fait spécifier à ceux qui lisaient la nature de leurs lectures et le temps qu'ils y consacrent ; les résultats sont évidemment très variables d'un sujet à l'autre.

4) Notion d'Ethylisme dans la famille.

	échantillon étudié	échantillon témoin
Oui	7	7
Probable	4	3
Non	9	16

5) Notion de famille nombreuse.

Dans l'échantillon étudié, il s'agit de famille nombreuse puisque le nombre d'enfants est supérieur à 5 (5,3 de moyenne) (8 familles ont plus de 6 enfants), l'enfant étudié occupant la 2e place (2,3 de moyenne).

Dans l'échantillon témoin par contre, il s'agit de famille ayant en moyenne 3 enfants (aucune famille n'a plus de 6 enfants), l'enfant étudié occupant la 2e place (1,7 de moyenne).

La situation de l'enfant dans la famille intervient sur les troubles du comportement : s'il s'agit d'un aîné, il sera dépassé par les cadets et ne sera pas le guide des suivants, par contre s'il s'agit d'un cadet, on se moquera moins de lui, mais on aura davantage tendance à le protéger.

6) Le type de vie : sédentaire ou nomade.

Si nous définissons l'existence nomade comme un nombre de déménagements connu par l'enfant supérieur à 2, nous trouvons dans l'échantillon étudié 7 nomades et dans l'échantillon témoin 4 nomades ; cette différence nous paraît très significative si l'on considère que dans le lot étudié, nous avons 8 enfants habitant des villes ou petites villes et 12 la campagne alors que dans le lot témoin, nous avons 14 enfants habitant des villes ou des petites villes et 6 la campagne. L'expérience nous prouve que dans certains lotissements d'appartements en zone urbaine, le pourcentage de déménagements est 3 à 4 fois supérieur au reste de la population.

Les différences entre nos 2 échantillons nous semblent très significatives en ce qui concerne l'environnement socio-économique.

II - L'environnement affectif.

Nous avons estimé l'environnement affectif en fonction de la notion d'enfant désiré ou pas, de la notion de divorce, de l'entente parentale et des attitudes de la famille vis à vis de l'enfant.

1) Notion de grossesse désirée ou pas.

	échantillon étudié	échantillon témoin
Enfant désiré	9	9
Grossesse fortuite	8	9
Enfant non désiré	2	0
Notion non précisée	1	2

Il faut noter dans les 2 cas de grossesse non désirée, une tentative d'avortement chez 10 mère de 8 enfants au sujet de l'enfant étudié qui est la dernière de la famille.

2) Notion de divorce.

De façon assez surprenante, nous trouvons 1 divorce dans l'échantillon étudié et 2 dans l'échantillon témoin.

3) L'entente parentale.

	échantillon étudié	échantillon témoin
Bonne	7	14
Moyenne	9	2
Mauvaise	3	2
Indéterminée	1	2

Les troubles conjugaux prédominent dans le lot étudié ; il faut ajouter lorsque les parents admettent avoir quelques disputes que 8 fois sur 10, ils ajoutent spontanément que c'est toujours au sujet des enfants.

4) Présence du Père et de la Mère à la maison.- Présence du Père :

	échantillon étudié	échantillon témoin
Oui	15	17
Non	5	3

Les pères considérés comme absents ne sont présents que de façon très épisodique et irrégulière ; dans l'échantillon étudié, 3 rentrent fort tard le soir assez souvent et dans l'échantillon témoin 1 père est décédé.

- Présence de la mère :

	échantillon étudié	échantillon témoin
Oui	18	18
Non	2	0

Parmi les mères absentes, l'une travaille au dehors et ne voit ses enfants que pendant le week-end, et l'autre a quitté le domicile conjugal. 5 mères dont 3 dans la population étudiée travaillent en dehors de chez elles; deux autres précisent qu'elles ont arrêté de travailler "depuis la maladie de leur enfant" et "pour qu'il ait une vie tranquille".

5) Attitude de la mère.

La mère oscille entre 2 attitudes : la surprotection et le rejet de son enfant.

Le fait d'être une maladie chronique explique en partie les troubles psychologiques chez les épileptiques. L'apparition des crises va entraîner chez un enfant normalement intelligent un sentiment d'inquiétude ; même s'il ne redoute pas la survenue des crises (75 % des enfants interrogés sont dans ce cas), il se sent différent des autres. Dès lors sa formation caractérielle va dépendre en grande partie de l'attitude adoptée par l'entourage. Or, on retrouve avec une grande fréquence chez les parents et surtout chez la mère, une attitude tout à fait anormale qui va créer un climat peu propice au développement harmonieux de l'enfant.

a) La suprotection :

Les mères craignent de voir leur enfant devenir fou et redoutent la survenue pendant la crise d'une blessure grave. A cette anxiété, s'ajoutent souvent des sentiments de honte ; l'épilepsie est considérée d'un mauvais oeil ; peur de la survenue d'une crise en public, peur de transmettre à d'autres enfants cette tare que beaucoup considèrent comme héréditaire. On observe souvent un sentiment de culpabilité lorsque les crises sont consécutives à un accident : la mère se reproche alors son manque de surveillance.

Ces sentiments d'anxiété, de honte, de culpabilité aboutissent le plus souvent à l'attitude de surprotection. Cette surprotection s'exprime avant tout par d'innombrables interdictions qui vont restreindre de façon considérable l'activité de l'enfant et engendrer des troubles du comportement.

Ces mesures de protection excessive ne font que renforcer l'anxiété naturelle de l'enfant qui s'habitue à se considérer comme un être à part, redoute les railleries de ses camarades et tend à s'isoler ; on fragilise la personnalité de l'enfant, on lui inculque des notions d'irresponsabilité. L'enfant sent l'anxiété des parents à son sujet, comprend qu'il est

l'objet de soins particuliers, et, peu à peu, va s'habituer à jouer de ses crises pour obtenir des privilèges spéciaux : "si tu cries, je vais avoir une crise" dit le jeune Philippe P. à sa mère qui s'empresse de céder, le médecin lui ayant dit qu'il ne fallait pas le contrarier).

Dans notre statistique, 8 mères dans la série étudiée et 11 mères dans la série témoin soit 50 % au total ont de toute évidence une attitude surprotectrice vis à vis de leur enfant ; elles expliquent : "ma fille est couvée, gâtée ; nous sommes tous aux petits soins pour elle" ou encore "je n'ai qu'une seule fille et elle est malade, alors je la gâte"...

Le jeune Eric C... âgé de 11 ans a présenté une seule crise convulsive en novembre 1969. L'électroencéphalogramme a montré alors un foyer de souffrance temporo-frontal gauche ; les parents sont hyper-anxieux notamment le père qui a présenté une crise de tétanie le lendemain de la naissance d'Eric ; depuis novembre 1969, tout est perturbé à la maison... les parents vont de médecins en médecins, de spécialistes en spécialistes pour apaiser leur anxiété. Lors d'une émission à la télévision sur l'épilepsie, ils ont téléphoné à l'O. R. T. F. pour connaître le nom du spécialiste interviewé afin de le voir en consultation privée.

Eric prend depuis une lentérule de phénobarbital (10 cg) par jour et les différents électroencéphalogrammes ont montré une amélioration puis une normalisation du tracé. Un neurochirurgien consulté a fait pratiquer une encéphalographie gazeuse qui s'est avérée être normale. On est frappé par le luxe de détails que nous donnent les parents concernant la crise, par les multiples questions concernant une étiologie éventuelle. Il n'est pas question qu'il fasse de la natation, ni même du vélo ; il ne prend pas de bière même si le frère d'un an son aîné est parfois autorisé à en prendre... "il est si petit" dit le père qui ne semble pas faire grand cas de la jeune soeur âgée de 8 ans. Lorsque les parents sortent le soir, une étudiante vient garder l'aîné et la jeune soeur, mais Eric est conduit chez la grand mère. Par leurs gâteries, leurs interdictions, les parents veulent sortir le "petit" de sa situation mais en réalité font tout pour que cet enfant étouffé par l'ambiance familiale reste dans cet état d'infantilisme et de dépendance totale.

"On a une idée de tare, on est poursuivi par cette idée puis après on se demande s'il y a pas de tumeur cérébrale" nous dit la maman de Marie Hélène C... ; "on évite de la contrarier, on a fait tout ce que l'on devait faire pour elle ; on évite de parler d'épilepsie devant elle pour ne

pas l'effrayer... On s'est fait beaucoup de souci, moi et mon mari, pour elle, et on accuse le coup après ; j'ai arrêté de travailler au moment de ces crises pour ne plus m'occuper que d'elle"...

Les parents se sentent très concernés : 14 fois sur 40 les deux parents étaient là pour pouvoir nous parler tous deux de leur enfant... On les sent inquiets : ils demandent si ce n'est pas dû à l'alcoolisme, si ce n'est pas héréditaire... On les sent impuissants devant cette maladie devant laquelle ils ont été très souvent confrontés, et ils demandent 8 fois sur 10 : "mais à quoi est-ce dû ?... "La puberté semble souvent une étape primordiale ; c'est à ce moment là où tout va s'arranger pour les uns ou au contraire s'aggraver pour les autres. On est toujours très bien accueilli au domicile ; une maman a ajouté : je croyais que vous étiez venu me voir parce que l'on avait trouvé un nouveau médicament ; elle est prête à tout pour faire céder les "absences" de sa fille et a même été voir un chiropracteur car selon elle les "absences venaient d'un nerf coincé dans la colonne vertébrale".

b) Le rejet :

La surprise, la soudaineté des crises est pour l'entourage quelque chose d'effrayant, de mystérieux. Le fait que de nouvelles crises puissent survenir à tout moment contribue à maintenir la tension et l'impression d'angoisse ; pour maintenir en état son propre équilibre intérieur, on écarte de son angoisse l'objet qui l'influence, en l'occurrence le malade.

Cette surprise de position inconsciente ne reste pas seulement concentrée sur le malade mais englobe la famille entière ; l'épilepsie est censée être une maladie héréditaire : cette conception primaire de l'hérédité signifie que les parents ont transmis les crises à leur enfant ; on comprend le sentiment de culpabilité des parents et leurs reproches réciproques pour se libérer personnellement du sentiment de responsabilité qui les touche ; tout cela peut amener des tensions et des crises conjugales sérieuses qui ne restent pas sans influence sur l'enfant, qui est somme toute la cause de ces malentendus.

L'idée couramment admise qu'il faut compter sur une détérioration de la personnalité du malade qui l'amènera ultérieurement en maison de santé, ou qu'une diminution de l'activité intellectuelle va se manifester peu à peu, est fréquemment ressentie comme un deshonneur familial.

Plus la famille est dépendante de l'opinion de son entourage, plus elle se sent dégradée par la maladie de son enfant ; on a peur qu'elle nuise à la considération de la famille, ou qu'elle porte préjudice à la carrière du père. Cela peut aller si loin que l'enfant épileptique est caché par des parents, des amis, ou transporté dans un internat éloigné.

Cette récusation peut prendre les formes les plus diverses : l'impatience, le manque d'affection, les punitions. Elle peut arriver à ce que la mère ne soit pas capable de surmonter son dégoût devant la crise et finalement devant l'enfant malade lui-même.

Ce rejet de l'enfant peut se manifester de façon plus subtile dans une compassion démonstrative qui finalement le sous-estime ; ce rejet est plus difficile à reconnaître lorsqu'il se cache sous des soins attentifs et désintéressés ; ces parents ne veulent pas se rendre compte qu'au fond, ils ont honte de leur enfant. Ils se défendent contre ces sentiments, peut-être parce qu'ils aiment en même temps leur enfant, peut-être aussi parce que cette idée ne correspond pas à l'image d'amour maternel qu'ils aimeraient réaliser.

Dans notre statistique, nous trouvons dans l'échantillon étudié, 8 attitudes manifestement de rejet de la mère et 3 dans l'échantillon témoin. Telle mère qui confie tous les jours son enfant à la grand-mère qui habite la même rue pour avoir le calme alors qu'elle ne travaille pas et qu'elle n'a que deux enfants ; telle autre qui nous confie : "Je l'aime bien, mais je dois la battre souvent car elle est têtue" ; telle autre encore qui ne cesse de répéter à ses enfants : "vous êtes des enfants d'alcooliques". Dans 2 cas, il existe une mésentente très importante entre la mère et la fille en période pubertaire ;

il faut ajouter que les 2 enfants pupilles de l'Assistance que nous avons vus, avaient tous deux quitté leur famille nourricière pour des instituts spécialisés : (le premier a présenté de graves troubles du comportement à type de pyromanie et a en partie incendié le domicile de ses parents nourriciers, le second était sans cesse menacé d'être renvoyé par sa mère adoptive qui l'a fait au bout de 3 ans). 2 autres enfin ont essayé de se séparer de leur enfant en le plaçant en institut.

Dans 5 cas, nous trouvons une attitude de surprotection masquant vraisemblablement un rejet de l'enfant, telle mère qui ne voit sa fille que pendant le week end parce qu'elle travaille à l'extérieur et qui à la maison passe tous les caprices de son enfant, élevée habituellement par la grand mère ; telle autre, enseignante de son état, qui est navrée des résultats scolaires de son fils et qui essaye d'y remédier.

Dans 6 cas, seulement, nous avons trouvé des parents qui avaient réfléchi aux problèmes, qui en avaient amplement discuté avec le maître d'école, le médecin traitant et essayaient d'adopter la meilleure attitude susceptible de favoriser l'intégration de leur enfant.

6) Attitude du Père.

Dans les 2 échantillons étudiés, les réactions paternelles sont sensiblement les mêmes. On pourrait superposer tout ce que nous venons de dire au sujet de l'attitude maternelle ; il faut toutefois reconnaître que le père de par son travail à l'extérieur, de par sa non-ingérence trop fréquente dans les travaux domestiques, reste malheureusement plus en dehors du champ de vision de l'enfant que la mère. Son rôle et son attitude sont primordiaux en ce qui concerne l'environnement affectif de l'enfant.

Il est difficile de parler de père hyperprotecteur ; dans 4 cas

nous avons affaire à des pères manifestement hyperanxieux ; dans 7 cas nous avons des pères que l'on pourrait qualifier de faibles et dans 4 cas nous avons des pères extrêmement calmes et sereins. Mais cette faiblesse, ce calme se manifeste vraisemblablement par un mécanisme de compensation vis à vis de l'attitude maternelle ; (alors que la mère est une matrone obèse, irritable et criarde, le père est physiquement chétif et a un caractère calme, se comportant un peu en camarade vis à vis de son enfant malade) ; (ailleurs, le père se présente comme un bon vivant rigolard qui veut être agréable à son enfant et le couve parce qu'il est malade et que c'est le petit dernier ...)

Dans 14 cas, il existe une véritable attitude de rejet de la part du père parce qu'ils ont le "même caractère et ne peuvent pas s'entendre", parce qu'il se "contient sans cela, dit-il, il le tuerait"...

Christine D... âgée de 16 ans, présente depuis février 72 des crises convulsives avec des signes paroxystiques diffus, typiques de comitialité à l'électroencéphalogramme. Les crises ont régressé pour atteindre la fréquence d'une crise par mois environ. Le père se présente comme un homme rustre, travailleur, borné qui estime qu'il faut se montrer ferme et la faire obéir car elle est têtue. "Sa soeur et elle, c'est le jour et la nuit", nous dit le père devant l'enfant : "elle a un caractère de 3 ans et sa soeur de 15 ans a un caractère de 20 ans". Le père l'a trouvée il y a un an, en compagnie d'un jeune portugais ; après lui avoir fait passer une visite médicale pour savoir s'il n'y avait eu aucune conséquence, il lui a interdit de sortir seule "même cinq minutes, car on ne peut pas avoir confiance en elle" estime-t-il. Toujours devant elle, le père complète le tableau en disant qu'elle n'est pas intelligente puisqu'elle est en 3ème de transition, qu'elle n'a pas d'amies parce que les autres sentent bien qu'elle n'est pas comme tout le monde et qu'elle est dangereuse parce qu'elle chancelle parfois, et parce qu'elle se tape contre les murs et même est tombée une fois sur le poste de télévision. On comprend davantage les réactions parfois agressives de cette adolescente.

Dans 8 cas, le père nous a semblé un élément favorable dans l'environnement affectif de son enfant, et dans 6 cas le père était inexistant (décédé ou absent).

7) Attitude de la fratrie.

L'attitude est sensiblement la même dans les 2 échantillons.

Dans le 1/3 des cas, il y a eu quelques difficultés immédiatement après les crises où l'on forçait les frères et soeurs à céder à l'enfant malade qui se sont manifestées par une jalousie envers cet enfant "nous aussi on voudrait être malade..." La plupart du temps, cette attitude a régressé avec la stabilisation des crises.

Dans le 1/3 des cas, on note une mésentente manifeste où l'on se bat avec lui, où on le traite d'anormal, voire de fou et où il existe des clans entre les enfants.

Dans le 1/3 des cas, on note des relations plus normales entre les différents membres de la fratrie ; ces relations pouvant être émaillées de disputes occasionnelles ou de sollicitude un peu exagérée vis à vis de cet enfant.

On ne reviendra pas sur la notion de la situation dans la famille qui fait que quand il s'agit d'un aîné les troubles du comportement peuvent être dus au fait qu'il est dépassé par les cadets ne serait-ce que dans le domaine sportif, et quand il s'agit d'un cadet, il est davantage surprotégé.

Notre statistique démontre l'importance manifeste de l'Environnement matériel et affectif dans la génèse des troubles du comportement de l'enfant épileptique.

CHAPITRE III

ADAPTATION DE L'ENFANT A LA VIE SOCIALE

L'adaptation de l'enfant à la vie sociale est conditionnée par le problème des "Interdits". Les parents sont obligés de prendre des précautions pour protéger l'enfant des dangers pouvant le menacer lors de l'irruption soudaine des crises : des "défenses" doivent être formulées : l'enfant ne doit pas faire de bicyclette, ni nager seul et bien d'autres choses . Les parents ont des difficultés pour trouver le juste milieu en équilibrant le besoin d'expansion de l'enfant avec les mesures de sécurité inévitables. Dans leur sollicitude, ils érigent assez souvent un choix de défense en ne se rendant pas clairement compte de quel poids il pèse sur l'enfant.

L'enfant malade prend une place particulière parmi ses camarades du simple fait que certaines activités lui sont interdites ; l'enfant qui en général ne se sent pas malade, ressent douloureusement ces défenses qui lui interdisent de participer à des activités qu'il aimerait, et aussi parce que cette impossibilité de participer le fait passer pour une "poule mouillée", un "fils à maman", et le rejette au dehors des autres. On ne peut pas contrer le jugement méprisant et injuste des camarades sans leur révéler la cause souvent secrète de ce comportement, c'est-à-dire la maladie.

Les parents qui ne peuvent pas soupçonner le poids de cette mise à l'écart conseillent à l'enfant raison et compréhension. Ils ne se rendent pas compte qu'il exigent trop de lui ; l'enfant essaiera de briser ces limites par une activité agressive et les parents sont alors persuadés que cet enfant pour lequel ils se donnent tant de peine, ne les remercie que par son

obstination ; leur déception se traduit en punitions qui poussent l'enfant à une opposition encore plus forte.

Ces limitations sont particulièrement ressenties chez l'enfant, sans maladie préalable, dont les crises ont éclaté brutalement à l'âge scolaire. Notre statistique nous montre que chez les enfants souffrant de fréquentes "absences", les crises sont beaucoup moins spectaculaires et donc moins ressenties par l'entourage qui dit avoir l'habitude, vu que les absences ne sont pas trop longues ; ces enfants semblent avoir davantage de troubles du comportement car ils souffrent davantage des moqueries de leurs camarades qui les considèrent comme rêveurs ou comme des "enfants dans la lune". De toute façon, quelle que soit le type de crise, on ne peut pas jouer de façon aussi détendue avec eux qu'avec les autres camarades.

L'enfant malade qui subit cette moquerie n'ose plus se risquer dans la rue, devient un solitaire (nous avons retrouvé cette notion d'enfant indépendant, très solitaire, qui n'a pas d'amis, qui ne s'occupe pas de ses frères et soeurs 12 fois sur 40. Les déceptions et les amertumes conduisent parfois à des petites méchancetés difficilement compréhensibles envers les camarades ou à une explosion de rage sans rapport avec la cause qui l'a déclenchée.

Les interdits entraînent une frustration ; quel enfant n'est jamais tombé de vélo ? En prenant certains risques, il ne faut pas oublier les bénéfices que l'enfant risque d'en tirer : l'adhésion à l'action peut-être un inhibiteur à l'apparition des crises ; le fait de pouvoir se mesurer à ses camarades dans un combat sain, sur un même pied d'égalité, permet l'adhésion à un groupe et l'usage de relations sociales normales. Lorsque l'enfant est éduqué à l'irresponsabilité, il perd le sentiment de ses possibilités et se sent désarmé sans la protection de ses parents en face d'un monde extérieur inamical et incompréhensif.

1 - Le sport.

Dans notre statistique comprenant, il faut le rappeler, des enfants épileptiques en majorité bien équilibrés, 16 enfants ne font pas de sport parce que cela a été interdit par le médecin, l'instituteur ou les parents... 5 enfants font du sport de façon active (foot-ball - escrime - basket - tennis) et la majeure partie : 18 enfants font du sport de façon très restrictive ou dans certaines conditions ; souvent la bicyclette et la natation sont interdits, ou alors la natation ne se fait qu'avec la maman, ou alors l'enfant privé d'activités sportives pendant un certain nombre d'années est devenu inapte au sport et devient la risée de ses camarades ; cela a pour effet de lui faire détester les activités sportives qu'il abandonne au plus vite.

Les jeunes épileptiques dont les crises se situent sous un contrôle raisonnable doivent être encouragés à mener une vie aussi normale que possible. Chez beaucoup de malades, les crises surviennent pendant le sommeil et les périodes de relative inactivité. Elles sont moins sujettes à survenir pendant les périodes d'activités physiques ou mentales. SAUGUET et LENNOX insistent sur le fait que la fréquence des accidents sportifs n'est pas plus grande chez les épileptiques que dans l'ensemble de la population. Chaque situation est individuelle et il ne peut pas y avoir de règles générales ; ce sera fait en fonction des capacités de l'individu de déterminer s'il peut y participer sans risques pour lui-même et ses coéquipiers ; une surveillance médicale continue est indispensable, une personne informée sera apte à intervenir pour protéger le joueur.

S'il est évident que certains sports tels le rugby, l'alpinisme, la lutte, le hockey sur glace etc... restent formellement contre-indiqués, on peut, au prix de quelques précautions de surveillance, et surtout aux prix d'explications très approfondies et confiantes avec les enfants, leur laisser faire des activités sportives telles que la bicyclette ou même la natation à condition que ce soit en groupe.

2) Les loisirs

Dans notre statistique, la majeure partie des enfants, comme les enfants de cet âge, ont des loisirs familiaux mais on est frappé par le fait que ces loisirs soient à un niveau très individuel et que la plupart de ces enfants ne soient pour ainsi dire jamais en contact avec des enfants de leur âge ; une maman déclare qu'elle ne veut pas d'enfant chez elle et qu'elle a elle-même été élevée comme cela ; une autre interdit à son fils de jouer avec des camarades ; c'est trop dangereux, et il peut jouer ici avec ses frères et soeurs... Dans 3 cas, il s'agit de jeunes filles préférant rester seules à la maison plutôt que d'aller se promener à l'extérieur avec la famille... On insiste quel que soit l'âge sur les distractions solitaires de ces enfants : "il aime bricoler", "il fait de l'aéromodélisme", "il répare des montres", "il n'a pas d'amis". Toutes ces réponses témoignent d'une certaine exclusion de ces enfants.

3) Les mouvements de jeunes.

Là encore, on retrouve le même phénomène si l'on considère que 28 enfants n'ont jamais appartenu à aucun groupement que ce soit un patronage, une garderie ou autre, 10 enfants font partie de groupements sportifs ou de garderies mais pour 3 d'entre eux, c'était avant les crises.

4) Les colonies de vacances.

En ce qui concerne les colonies de vacances, 25 enfants sur 40 ne sont jamais sortis de leur cadre familial, les proportions étant les mêmes dans la population étudiée et dans la population témoin... tel enfant devait partir en aérisme mais la maman ne s'est jamais résignée à faire la demande ; telle autre maman qui n'ose confier son enfant à personne parce que, dit-elle, "il fait des absences et ce serait une trop grosse responsabilité pour les gens qui l'auraient ; de telle sorte, qu'il ne va même plus chez sa grand-mère qui a peur des incidents qui pourraient survenir," beaucoup

de mères répondent d'emblée qu'il n'en est pas question, que leur enfant "s'ennuierait", que de toute façon, il n'aurait pas voulu quitter sa mère. 10 enfants ont été en colonies de vacances mais dans 9 cas c'était avant la maladie et l'enfant ne veut plus y retourner.

La maman de Nathalie précise que sa fille était enfermée dans sa chambre à cause de son traitement, que ses camarades se moquaient d'elle et qu'elle est revenue avec des habits déchirés. On comprend l'amertume de Yolaine, 12 ans, qui devant partir en classe de neige avec la classe de CM2, en a été privée quelques jours auparavant car elle avait fait des crises ; elle a quand même tenu, raconte la maman, à aller accompagner ses camarades à 5 h du matin, jusqu'au départ de l'autocar... Les parents regrettent souvent de s'être séparés de leur enfant qui, disent-ils, s'est beaucoup ennuyé.

Dans 2 cas uniquement, les parents auraient aimé envoyer leur enfant en colonie sanitaire, mais il n'y avait pas de place disponible.

Certains enfants ne sont pas admis en colonie de vacances ; il ne faut pas insister car l'état d'esprit du directeur serait sans doute préjudiciable à l'enfant ; heureusement d'autres se contentent d'un avis favorable du médecin traitant. Compte tenu de certaines conditions concernant la stabilité et l'équilibre des crises, la surveillance et le minimum de risques que l'on peut faire encourir à l'enfant, on ne saurait trop insister sur l'intérêt des colonies de vacances en ce qui concerne l'adaptation à la vie sociale d'un enfant épileptique même s'il a des troubles mineurs du comportement.

Dans certains cas, les colonies sanitaires sont d'un intérêt primordial sur le plan social. Elles permettent d'éloigner les enfants de leurs familles dans une ambiance où aucune restriction n'est apportée à leurs activités, et de leur donner un apprentissage de la vie communautaire. Sur le plan médical, elles permettent une observation continue et donc plus facile de l'enfant chez qui on peut ajuster le traitement. Sur le plan psychologique elles permettent l'observation des troubles du comportement, et le passage

de tests mentaux ; elles pourraient en outre s'occuper d'orientation professionnelle. Il s'agit d'un mode intéressant d'assistance qui ne doit être réservé qu'aux enfants non stabilisés ou à ceux qui le sont depuis moins d'un an ; ces expériences, si intéressantes soient-elles, restent rares en raison de la pauvreté de notre équipement médico-social en matière d'épilepsie.

Les interdits multiples sont des facteurs d'inadaptation à la vie sociale chez les enfants épileptiques ; il convient de les réduire au minimum. Plutôt que de mettre l'accent sur les "interdits" l'attitude du médecin devra consister à mettre en évidence "tout ce que l'enfant peut faire".

CHAPITRE IV

LA PERSONNALITE DE L'ENFANT : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT PROPREMENT DITS

1) Y-a-t-il une "personnalité épileptique" ?

Pour FERE, le caractère et les moeurs des épileptiques peuvent faire soupçonner la maladie ; "leur caractère est essentiellement mobile et explosif, mais cette mobilité repose sur un fond d'impuissance et de tristesse ; les épileptiques sont en général sombres et paresseux. Non seulement, ils changent d'allure et de manières d'un instant à l'autre, mais ces changements se font avec la brusquerie d'un coup de théâtre. La vie de ces individus semble constituée d'une succession de paroxysmes séparés seulement par des périodes de réparation. Ces malades passent de l'enthousiasme et de la bienveillance la plus outrée, au mépris et à la haine la plus implacable ; tantôt tendres et généreux, tantôt violents et d'une rapacité sordide, tantôt polis et d'une obséquiosité gênante, tantôt insolents et grossiers ; tantôt gais et expansifs, tantôt maussades et silencieux... Les épileptiques ont une conscience vague de leur impuissance et de leurs déficiences ; ils souffrent de leur infériorité et deviennent méfiants, soupçonneux, haïssant sans motif, comme sans mesure".

Les auteurs anciens décrivent des gens à sens religieux et ayant en même temps le goût de la terre, pour d'autres, ils sont obséquieux et faux. "Comme l'épileptique adulte, ils ont souvent des tendances au mysticisme ou à l'érotisme. Ils sont têtus, opposants, capricieux, hypocondriaques et jamais satisfaits. Chez ces enfants, la proportion de débiles mentaux, de fugueurs, de vagabonds et de voleurs est considérable"...

La colère chez l'épileptique est immotivé ou mal motivée donc inexplicable ; elle est explosive, aveugle ; elle est brutale, violente, dangereuse . En dehors de ces crises, de tels enfants restent irritables et bagarreurs, terriblement impulsifs ; leur turbulence tapageuse est coupée de phases où, au contraire, ils demeurent inertes ou sombres, bradypsychiques et bradykinésiques.

Les auteurs en décrivant le caractère épileptique insistent beaucoup sur cette alternance entre l'impulsivité et la viscosité. On a parlé de la "mentalité épileptofide (Mme MINKOWSKA) spécifique de l'épilepsie et posant le problème de la "personnalité épileptique ?".

Mais non seulement les observateurs divergent dans l'évaluation quantitative des troubles caractériels de l'épilepsie, mais encore, ils sont loin d'être d'accord sur ce qui concerne certaines caractéristiques psychologiques.

L'épileptique est tantôt décrit comme l'être affectif par excellence, tantôt comme incapable d'un attachement profond. Parfois présenté comme routinier, méticuleux, il est ailleurs taxé de paresse et d'instabilité. Présenté par les uns comme égocentrique, narcissique, entièrement replié sur lui-même, l'épileptique est ailleurs montré comme hypersocial, capable d'attachement durable à sa famille. De telles contradictions n'ont pas manqué d'étonner certains auteurs qui se sont demandé comment des caractéristiques psychologiques opposées pouvaient servir à définir une personnalité épileptique unique.

Depuis longtemps, on a signalé que certains oligophrènes présentent les mêmes perturbations caractérielles que l'épileptique. Une épidémie d'encéphalite a donné lieu, surtout chez les enfants, à des perturbations caractérielles ressemblant de très près à celles assignées à l'épilepsie. Un traumatisme crânien, une tumeur cérébrale au début peuvent entraîner les mêmes anomalies caractérielles. ZANKER en 1960 décrit des troubles du comportement comme caractéristiques non seulement d'enfants épileptiques, mais d'enfants handicapés en général. BRIDGE trouve que la liste des troubles attribués à l'enfant épileptique "diffère peu des normes de la population en général". D'autre part, beaucoup de travaux, mettent l'accent sur la plus grande fréquence des troubles caractériels au cours des épilepsies symptomatiques. Cette notion de "personnalité épileptique" semble donc peu spécifique de l'épilepsie.

Il faut ajouter que la plupart des travaux concernant l'épilepsie de l'enfant ont été faits sur des malades hospitalisés, et de surcroît le plus souvent hospitalisés en milieu spécialisé. On ne s'étonne pas que les troubles du comportement rencontrés dans notre échantillon d'enfants ayant un quotient intellectuel normal ou sub-normal soient beaucoup moins stéréotypés et beaucoup moins extrémistes que ceux des descriptions classiques.

On rencontre chez ces enfants épileptiques des personnalités différentes qui font réfuter le critère de "personnalité épileptique". mais il est intéressant de s'attarder sur les caractères communs de ces différentes personnalités. Nous rejoignons ainsi l'opinion de PRAYSER : "les épileptiques montrent beaucoup de traits communs, mais on ne peut pas dire qu'ils aient la même personnalité."

La personnalité épileptique se constitue peut-être au fur et à mesure après un certain nombre d'années et cela est beaucoup moins évident chez les enfants.

De nombreux facteurs tels les circonstances déclanchantes, le type d'anomalies à l'électroencéphalogramme, le type de crise, la fréquence des crises, la durée de la maladie, l'environnement, les thérapeutiques médicamenteuses etc... interviennent. Ces interrelations montrent la complexité du problème et qu'il est difficile de généraliser au sujet de la "personnalité épileptique".

3 facteurs : l'âge, le sexe, et le fait que les crises soient ou non stabilisées nous ont semblé primordiaux dans l'interprétation des troubles du comportement.

On retrouve dans notre série, cette alternance entre la colère, l'impulsivité d'une part et la viscosité d'autre part avec une nette prédominance de la composante éréthique, hyperkinétique.

2) La colère, l'agressivité : le syndrome hyperkinétique.

Lorsque l'on pose aux parents la question : en dehors des crises, votre enfant est-il normal? 17 parents d'enfants n'ayant pas de troubles du comportement, 8 parents d'enfants ayant manifestement des troubles du comportement déclarent qu'il est normal ; il faut compter sur l'indulgence

et sur le sentiment de culpabilité des parents pour interpréter les réponses ; ceux ne le trouvant pas normal ajoutent presque toujours : c'est un enfant agité, c'est un enfant renfermé ou c'est un enfant têtù.

18 des enfants de l'échantillon étudié et 11 enfants de l'échantillon témoin sont réputés être "nerveux". ce mot veut tout dire, mais est toujours employé par les parents dans le sens de turbulence, d'agitation, de colères, de troubles du sommeil... Ils précisent que leur enfant ne tient pas en place, qu'il est agressif ou qu'il fait des colères.

Laurence V... 6 ans a présenté il y a un an des crises occulogyres avec un électroencéphalogramme très altéré dans son sens ; il s'agit d'une petite fille très mignonne, bavarde, imaginative, ayant un Q.I. à 110. Ses parents appartiennent à un milieu aisé et le contexte familial est extrêmement perturbé par le fait que ses parents sont en instance de divorce : cette enfant est seule pendant la semaine en compagnie de sa grand-mère et d'une jeune bonne, la maman n'est présente que pendant le week end et profite de ses courts séjours pour gâter outrageusement la petite dernière. Elle a présenté des épisodes d'agressivité envers la grand-mère qu'elle a même ligoté sur une chaise en la menaçant avec des couteaux et des fourchettes ; sa méchanceté a été jusqu'à torturer le chien ou tuer sa tortue et, ajoute la mère dans un demi-sourire, à casser des assiettes sur le crâne de la bonne...

Louise O... âgée de 11 ans qui souffre d'un petit mal avec environ 2 absences par jour, a selon sa mère, un caractère difficile et est d'humeur changeante ; elle est méchante et agressive vis-à-vis de ses frères et soeurs ; l'instituteur dit : "son travail est constamment perturbé par des sautes d'humeur provoquées soit par un geste, un regard ou l'intervention d'un de ses camarades, soit par une cause inconnue. Elle refuse alors de travailler et jette tout ce qui lui tombe sous la main. Les colères sont souvent suivies d'un apaisement. Quelle que soit son humeur, son attention est fugitive..."

L'indulgence renouvelée des parents, dans l'angoisse où leur enfant malade aurait une nouvelle crise, fait sentir à l'enfant qu'il peut donner libre cours à sa méchanceté, et il utilisera ce comportement pour faire aboutir ses désirs.

Certains parents donnent comme modèle d'équilibre à leur enfant son plus jeune frère ; l'enfant accomplit chaque effort en sachant de prime abord qu'il sera éclipsé par rapport à ses frères et soeurs. La plupart du temps, il commence par être agressif vis à vis de ses frères et soeurs qu'on lui présente comme des modèles. Il n'ose pas encore s'opposer directement à ses parents parce que cela aurait pour conséquence d'autres désavantages, c'est-à-dire un retrait d'affection. Il se venge sur ses frères et soeurs qui à ses yeux sont responsables de son retard. Ces faits l'incitent à se mettre en arrière et lui donnent la réputation d'un enfant méchant, sournois et dissimulateur.

Le syndrome hyperkinétique donne une image d'agitation. Les enfants agissent surchargés d'énergie et tiennent leurs proches en haleine du matin jusqu'au soir. L'absence de fatigue est en opposition avec le manque de constance. L'intérêt superficiel passe brusquement d'un objet désiré à un autre. Les enfants utilisent les objets qui les entourent uniquement pour réaliser leur besoin de mouvement. Ainsi s'explique le paradoxe, à savoir que malgré leur manque de persévérance, ils peuvent dans certaines circonstances demeurer plus longtemps sur des objets sur lesquels ils peuvent réaliser leur impulsion motrice.

- Vis à vis de leurs parents, 10 enfants de notre échantillon sont arrogants alors que ce chiffre tombe à 3 dans l'échantillon témoin ; la plupart ont des crises d'affectuosité très prononcée ; un faible pourcentage reste indifférent et près de la moitié de ces enfants sont plutôt affectueux ; ce qui semble prédominer est la versatilité de leur comportement à l'égard de leurs parents.

- Vis à vis de la fratrie, la moitié des enfants des deux échantillons se montrent volontiers orgueilleux, jouent au "chef", font céder les plus jeunes en employant parfois la force, sont sources de nombreuses disputes qui rendent difficiles les relations familiales.

- A l'école, 10 enfants de l'échantillon étudié et 5 enfants de l'échantillon témoin sont étiquetés comme méchants, bagarreurs, brutaux.

Le tableau suivant nous donne l'importance des traits de caractère dits agressifs de ces enfants.

	échantillon étudié	échantillon témoin
Non timide	15	13
Non complexé	16	17
Coléreux ^c	13	10
Bagarreur	9	5
Brutal	9	6
Agressif	7	2
Menteur	8	1
Irritable	12	6

Dominique B... âgée de 7 ans, présente des accès de colères brutales : "elle envoie parfois promener les chaises et les tables" dit la maman ; "elle est insupportable, c'est un véritable garçon manqué"...

Jean-François V... âgé de 9 ans, monte souvent sur le toit de la maison, ou alors il casse les carreaux, il ouvre les robinets et se sauve...

Didier 6 ans, dessine une maison entourée d'un mur d'où, dit-il, on peut tirer ; il dessine ensuite un bonhomme avec un long bras en disant, : "c'est un soldat qui a un couteau pour tuer" ; il s'agit d'un enfant particulièrement agressif et qui place cette agressivité même dans ses dessins.

Ces troubles agressifs prédominent dans l'échantillon étudié et sont manifestement plus importants que dans la population en général.

L'absence de timidité les amène d'un autre côté à la hardiesse

et explique leur absence de peur ; il n'y a pas de chaud contact sentimental avec les proches car ils sont susceptibles et de mauvaise humeur.

3) - La viscosité, le syndrome énéchéétique.

Ce syndrome énéchéétique, plus rarement rencontré que le syndrome hyperkinétique, se rapproche des particularités caractérielles énéchéétiques des épileptiques adultes.

La viscosité constitue la caractéristique fondamentale de l'épileptique essentiel, ainsi que le montre cette description de l'éliptoïdie : "il s'agit d'une affectivité concentrée, condensée, ramassée, visqueuse, qui adhère aux objets de l'ambiance et ne s'en détache pas aussi facilement que l'exigent les variations du milieu ; elle ne suit plus les mouvements de celui-ci, et est pour ainsi dire toujours en retard. L'épileptoïde est un être par excellence affectif, mais cette affectivité est visqueuse et manque de mobilité". Pour bien montrer l'importance de cette caractéristique, F. MINKOWSKA, sur les conseils d'Edouard PICHON, remplacera le terme épileptoïde par glischroïde, du grec "glischros" qui signifie précisément "visqueux".

Paradoxalement c'est l'adhésivité qui explique l'explosivité car "la progression de ce ralentissement visqueux mène à une stase", celle-ci crée pour l'individu une atmosphère irrespirable, orageuse et chargée d'électricité. Les ralentis deviennent excités.

Les enfants sont ralentis, languissants, sans imagination ; ils n'ont pas d'intérêt et sont bornés vis à vis de l'entourage ; au début, le comportement est considéré comme positif par les parents : ils jugent que leur enfant est étonnamment brave et appliqué et reste assis patiemment des heures durant sur ses devoirs qu'il fait avec une minutie pédante ; il y a souvent une différence entre les bonnes notes et l'application. Ils sont timides et paralysés quand on leur parle ; à l'école, ils ne savent pas réagir

aux coups. Le ralentissement des possibilités de réaction explique sûrement ce comportement ; mais parfois de fortes tendances égocentriques explosent : ces malades sont conscients de leurs droits, coléreux et savent défendre leur avantage.

Hélène T... âgée de 16 ans, a fait une crise de type Bravais Jacksonnienne gauche en juillet 1967. 2e enfant d'une famille de 5 enfants, elle se présente comme une jeune fille indépendante qui n'est pas attirée par ses jeunes frères et soeurs ; elle ne se lie pas beaucoup, n'a pas de camarades, n'a jamais participé à aucune activité de groupe et préfère rester à la maison ; elle est timide, lente, "très lymphatique" dit la maman, et renfermée ; parfois, elle "explose d'un seul coup"... Après une scolarité normale jusqu'à l'âge de 10 ans, elle a présenté un certain fléchissement intellectuel dû à sa lenteur que l'on a alors attribué aux thérapeutiques médicamenteuses qui ont nécessité le passage en classe de transition... Actuellement, malgré des absences quasi journalières, elle suit des cours de sténo-dactylo : elle s'applique beaucoup et passe tout son temps à remplir des pages de signes cabalistiques spécifiques de la sténographie mais, dit la maman, "elle a beaucoup de difficultés et nous ne savons pas si elle pourra continuer".

11 enfants de notre échantillon étudié et 12 enfants de l'échantillon témoin semblent particulièrement "lents". "Il est lent dans tout ce qu'il fait : pour parler, dans ses gestes"... "il ne veut rien faire seul : il ne s'habille pas seul"... "elle espace les lettres en écrivant"... "elle travaille moins vite que les autres", On pense à l'action des médicaments ; mais certains étant équilibrés, ne prennent que très peu de barbituriques ou pas du tout.

Le tableau suivant nous donne les traits de caractère dits énéchétique de ces enfants :

	échantillon étudié	échantillon témoin
Timide	5	7
Affectueux	12	10
Complexé	4	3
Lent	11	12
Têtu	7	6
Attentif	6	12
Solitaire	5	6
sociable	5	10
Complaisant	6	6
Hypersensible	5	4

4) - L'instabilité et les variations d'humeur.

Ce qui est remarquable, c'est l'alternance dans l'humeur et les variations dans l'activité de ces enfants. Un même sujet peut-être par moment actif, soigneux, consciencieux, doux, bienveillant, plein d'espoir et à d'autres périodes lent, engourdi, sans soin, incapable d'achever la tâche entreprise, maussade, découragé.

Sur ce fond d'instabilité de l'humeur des réactions explosives peuvent se greffer. L'enfant devient irritable, ses colères éclatent hors de propos.

15 enfants de l'échantillon étudié et 9 enfants de l'échantillon témoin sont instables : "ma fille est un véritable baromètre : elle est irritable puis nonchalante"... telle autre enfant se montre par moment infernale et nonchalante : elle ennue tout le monde alors qu'à d'autres moments, elle est particulièrement sage et appliquée. Le comportement de 16 enfants

est très variable et surprenant. 8 des enfants de l'échantillon étudié auraient changé de comportement depuis le début des crises alors que 15 enfants de l'échantillon témoin avaient le même caractère avant leurs crises.

5) - L'anxiété.

La sensibilité, la timidité, l'aspect indépendant et solitaire de ces enfants a été étudié précédemment.

On rencontre des enfants signalant des peurs particulières et anciennes : "peur des araignées"... "peur des médicaments"... "peur d'être seul"... etc..

Les troubles du sommeil sont particulièrement importants puisque 16 enfants de l'échantillon étudié et 15 enfants de l'échantillon témoin présentent des troubles malgré la thérapeutique médicamenteuse. La moitié des enfants, dans le groupe étudié et dans le groupe témoin présentent des difficultés à l'endormissement. Le quart des enfants de façon identique dans les deux groupes fait fréquemment des cauchemars. "Dominique est agité la nuit, il crie : il voit des couteaux sur les murs et se penche sous le lit ; il appelle car il a besoin d'être rassuré"... Tel autre enfant voit toujours des chiens ou des loups terrifiants... 5 sur 40 ont des crises de somnambulisme : "elle rêve la nuit et on la retrouve parfois allongée sur la table"... D'autres sont parfois énurétiques et sont alors soupçonnés de faire des crises nocturnes. 10 présentent des insomnies de la seconde moitié de la nuit ; 9 présentent des terreurs nocturnes qui se manifestent par des cris, des pleurs jusqu'à ce qu'ils soient consolés : certains ne veulent pas dormir seuls et ont besoin d'une présence, d'autres tel Jean-Marie qui invente des prétextes futiles pour faire monter le grand-père 5 à 6 fois avant de s'endormir, ont besoin d'une lumière dans la chambre même à l'âge de 12 ans. Tous ces troubles témoignent d'une angoisse profonde de ces sujets.

L'anxiété, le sentiment d'être à part, la demande affective importante prédominent chez les enfants épileptiques.

L'anxiété et l'impression d'isolement sont certainement majorés par l'attitude maternelle. L'anxiété semble être entretenue par l'épilepsie elle-même, d'autant que la crainte de la crise ou de l'absence reste vague et diffuse, ce qui empêche la mise en oeuvre de moyens appropriés.

Aux dires des parents, 11 enfants de l'échantillon étudié et 13 enfants de l'échantillon témoin sont anxieux. Dans notre enquête, seul un petit nombre d'enfants semble redouter la crise (10) ; il faut savoir que nous avons la moitié d'enfants n'ayant pas présenté de crises depuis plus d'un an et que le chiffre est très inférieur à la réalité parce que le nier est probablement une façon supplémentaire de le conjurer.

BERGSON a montré comment "les données immédiates de la conscience" s'ordonnent pour composer le champ du présent, grâce à ce principe organisateur qu'est la durée. Il décrit la retenue du passé et l'anticipation de l'avenir, l'enroulement et déroulement du temps par qui la conscience s'actualise.

L'organisation temporelle du vécu, c'est-à-dire la possibilité de prendre toutes les positions possibles à l'égard de l'actuel, se signale par sa labilité, et l'épileptique serait bien alors la personne engluée dans le concret et le moment que nous décrit F. MINKOWSKA. Ainsi, l'angoisse liée aux perturbations du déroulement temporel se cristallisera de façon privilégiée autour du futur, car à en croire BACHELARD, si le passé s'étale dans l'espace, l'avenir ne peut se penser que dans le temps. C'est pourquoi G. SEDMAN peut écrire "qu'une fois épileptique, l'individu ne peut se projeter dans le futur". Ces expériences angoissantes ne sont pas faites pour donner à l'enfant la sécurité dont il a besoin pour s'affirmer et qui tendent à le maintenir

dans le passé et sous la protection d'autrui, plutôt qu'à le projeter dans l'avenir et à le préparer à conquérir son autonomie. L'anxiété infantilise le sujet épileptique et lui interdit de s'engager dans l'avenir. Dans certains cas, ce refus des responsabilités peut provoquer des manifestations de type hystériques qui sont pour LAFON "un refuge dans la maladie par crainte d'avoir à affronter des exigences sociales."

Le noyau de la personnalité de ces enfants reste l'angoisse. Ils vont donc adopter les conduites, les comportements, les modes de pensée de tous les grands anxieux. C'est pourquoi nous remarquons très fréquemment l'infantilisme de la pensée caractérisé par l'impulsivité, par des raisonnements de type magique et par la passivité ; l'infantilisme de la personnalité d'où l'égoïsme, le manque de contrôle des affects, les difficultés dans la relation sociale et surtout les manifestations de dépendance affective ; et enfin, la peur de l'avenir qui explique les éléments dépressifs. Dans ces conditions, on comprend le rétrécissement affectif, la méfiance devant l'imaginaire, le repliement sur soi dont font preuve ces enfants ; ces attitudes sont destinées à éviter le plus possible les images ou les situations anxiogènes et les frustrations.

Rappelons l'importance de la crise elle-même, avec la destruction de conscience qui l'accompagne et qui contribue à entretenir une anxiété diffuse et un sentiment d'être à part. Rappelons aussi le rôle joué par les conditions familiales, avec comme conséquence des fantasmes abandonniques.

6) - Les troubles du comportement en fonction de l'âge, du sexe, du Q.I. et de la stabilisation ou pas des crises.

- L'âge :

Le syndrome hyperkinétique caractérisé essentiellement par la colère et l'agressivité se rencontre dans le jeune âge. Le syndrome énéché-tique caractérisé par la viscosité se rencontre plus tard au moment de la

puberté. Il peut y avoir passage entre les deux symptômes et un sujet irritable, explosif peut devenir glyschroïde en vieillissant.

Nous avons souligné l'importance de la période pubertaire chez de tels sujets : les parents semblent attendre cette puberté avec angoisse et espoir ; c'est toujours dans leur esprit une étape décisive où les troubles disparaîtront ou au contraire s'aggraveront. C'est à cette époque que de nombreux adolescents abandonnent le traitement ; c'est à cette époque que l'adolescent doit se prendre en charge lui-même et assumer sa maladie. "Habitué à une grande dépendance vis-à-vis de sa mère, privé d'une vie sociale et scolaire, l'enfant aura beaucoup de difficultés à développer une activité normale. Les troubles s'aggravent habituellement à la phase prépubertaire. Cette période de maturation psycho-affective sera particulièrement difficile à franchir pour les jeunes épileptiques dont l'immaturité émotionnelle est habituelle" (Th LEMPERIERE).

- Le sexe.

Les garçons sont plus agressifs que les filles qui, elles, présentent davantage de troubles neurologiques. Dans notre statistique, nous retrouvons cette notion d'agressivité 3 fois sur 4 chez les garçons (ce qui ne diffère pas des chiffres trouvés dans la population générale).

- Le Q. I.

Un Q. I. assez bas prédispose à des troubles de l'agressivité et un Q. I. plus élevé à des troubles neurologiques. Dans notre statistique, la moyenne des Q. I. des enfants ayant un caractère agressif est de 89 alors que le Q. I. moyen est de 99,9.

- La notion de stabilité ou pas des crises.

Il faut distinguer le comportement fort différent de l'enfant qui présente des crises, par rapport à celui qui n'en présente plus. Chez le sujet non équilibré, la fréquence des phénomènes paroxystiques influe sur l'efficience intellectuelle, tandis que chez le sujet équilibré, c'est la crainte de voir réapparaître les crises qui prédomine.

S'il n'est pas possible de définir une "Personnalité Epileptique" typique et stéréotypée, il n'en reste pas moins vrai que les enfants épileptiques d'intelligence sub-normale ont une tendance à la colérie, à l'agressivité, parfois à la lenteur voire à la viscosité et que l'on rencontre un fort contingent d'enfants anxieux ayant notamment des troubles du sommeil.

CHAPITRE V

LES PROBLEMES SCOLAIRES

C'est à l'école que se manifestent les premières difficultés d'adaptation sociale. Pour MICHAUX, la scolarité constitue pour l'enfant épileptique un test d'adaptation. Cette adaptation se trouve être le plus souvent une inadaptation dont il convient de s'expliquer.

I - Les causes des difficultés

Il n'y a jamais inadaptation en soi ; il y a toujours inadaptation d'un individu à une société déterminée. Les causes des difficultés scolaires sont les phénomènes épileptiques eux-mêmes et les conditions neurologiques ou psychologiques associées.

1) Les phénomènes épileptiques.

13 % des enfants ayant fait une crise en classe ont, selon LAFON, cessé ensuite de fréquenter l'école. Nous trouvons dans notre statistique 11 enfants sur 40 ayant fait des crises en classe ; sur ces 11 enfants, une jeune fille de 14 ans, est restée à la maison pour aider sa maman à élever les 7 petits frères et soeurs, et 2 ont été placées en Institution spécialisée ; notre statistique n'est absolument pas interprétable ni significative.

Tout dépend de la fréquence et de l'horaire des crises : les crises nocturnes n'ont aucune incidence sur la scolarité ; les crises généralisées surviennent rarement en classe (10 % selon TRILON) ; quant aux absences, beaucoup plus fréquentes, elles sont toujours bien tolérées, au moins

quand on ne leur attribue pas l'épithète "épileptique" ; ou alors des absences répétées peuvent être interprétées comme des états de rêverie, d'inattention par le professeur. L'importance et la durée de la phase confusionnelle post-critique intervient : si cette phase est longue et qu'on demande des efforts à l'enfant, on risque d'assister à des réactions agressives.

La chute inopinée est prise pour un malaise, ou pour une maladresse de l'enfant : elle peut entraîner des sanctions d'autant plus mal acceptées qu'elles sont injustifiées.

2) Les conditions neurologiques ou psychologiques associées.

Des difficultés dans l'orientation spatiale, dans la structuration de l'espace et du temps, un déficit spécifique surajouté peuvent gêner l'apprentissage de la parole, de la lecture et l'écriture, ou entraîner des difficultés analogues en calcul.

Des enfants "surprotégés" dans leur famille peuvent trouver à l'école, dans un milieu affectivement plus neutre et moins impliqué dans leurs problèmes, un épanouissement. D'autres enfants peuvent se montrer impulsifs, coléreux, violents avec leurs camarades, indisciplinés ou opposants avec leurs maîtres.

On est surpris par la discordance qu'il y a entre le niveau intellectuel de ces enfants et leur niveau scolaire. Pour un coefficient intellectuel moyen de 99,9 le retard scolaire des enfants de nos deux échantillons est de 17 mois soit presque un an et demi. 11 enfants parmi les 19 de nos deux séries ayant plus de 11 ans sont passés ou sont dans les classes dites de transition ; cela veut dire que ces enfants ont des difficultés majeures dans leur adaptation et leur rendement scolaire.

Patrice, 8 ans, est un enfant très difficile : il bouscule ses camarades, les frappe, les mord, les griffe, arrache les cheveux, trouble la

classe, n'obéit absolument pas à sa maîtresse... C'est un garçon ayant un Q.I. à 94, 10e d'une famille de 12 enfants, rejeté par la mère qui ne le désirait pas et avait pensé à avorter lorsqu'elle était enceinte ; le père, manoeuvre dans une laiterie, rentre ivre environ deux fois par semaine à la maison et bat ses enfants...

II - Le rejet de l'école.

1) Par l'école :

Parfois, le milieu scolaire est purement et simplement interdit au jeune épileptique. Il ne semble pas, comme on le voit souvent écrit, que l'école renvoie brutalement du jour au lendemain, un enfant ayant eu une crise pendant la classe ; il s'agit plus souvent d'un processus échelonné sur quelques mois, éventuellement entrecoupé d'une hospitalisation pour un bilan, qui débouche sur un régime spécial fait d'absentéisme quasi chronique ou sur un placement en institut spécialisé. Le renvoi est rarement motivé par les crises, car si elles sont trop fréquentes, ce sont les parents eux-mêmes qui, la plupart du temps, retiennent l'enfant. La raison en est plus souvent que l'enfant perturbe la classe à cause de ses troubles caractériels ou de son instabilité. La responsabilité des maîtres en ce qui concerne les crises existe, mais il faut reconnaître que les traumatismes provoqués par les semelles défaites et les lacets dénoués sont plus fréquents à l'école.

Un autre motif de refus de ces élèves est le traumatisme des autres élèves voyant la crise.

Dans une enquête de Mars 1970 concernant la scolarisation des épileptiques, les inspecteurs et directeurs paraissent quand ils répondent, mieux disposés que les autres variétés d'enseignants, à accepter ces enfants dans leur établissement. Parmi ceux ayant répondu 100 % des inspecteurs du premier degré, 54 % des directeurs d'établissement du 1er degré, et 98 % des directeurs d'établissement du 2nd degré les acceptent ; cela tient à la circulaire du 20 mars 1933 enjoignant de ne pas éliminer de l'enseignement

normal les enfants handicapés, mais 57 % des inspecteurs du 1er degré et 69 % des directeurs du 2nd degré n'ont pas formulé d'avis: on pourrait interpréter cela comme un refus déguisé. En ce qui concerne les instituteurs, 21 % acceptent un enfant faisant 50 absences par jour, alors que 13 % seulement acceptent un enfant faisant une crise de grand mal épileptique par semaine : ceci souligne le côté affectif de la réaction des maîtres car sur le plan scolaire 50 absences par jour sont plus gênantes qu'une crise de grand mal par semaine.

2) Par la famille :

Le plus souvent, ce n'est pas l'école qui ferme ses portes mais la famille qui ne sollicite pas l'admission. Cette abstention peut être justifiée dans des cas graves, à crises fréquentes, mais combien de cas plus litigieux ou de motifs valables cotoient des raisons plus ou moins conscientes.

Le trajet de la maison à l'école est souvent invoqué comme étant une source de danger, par la crainte que l'enfant ait une crise ou une absence sur la voie publique.

Le risque d'accidents à l'école est rarement cité par les parents, mais c'est souvent le danger de l'effort scolaire pour l'état du petit malade qu'on invoque pour ne pas l'envoyer. La croyance en la nocivité du travail scolaire chez un enfant "malade des nerfs" est très unanimement répandue. Les parents répètent souvent qu'"il ne faut surtout pas le forcer" ou encore "l'école ce n'est pas grave ; ce qu'il faut d'abord, c'est arrêter ses crises"...

En fait, il s'agit déjà d'une de ces positions paradoxales qui peuvent découler aussi bien d'une tendance à la surprotection que du désir de cacher la maladie à autrui, ou encore de la notion que la famille seule

est capable d'apporter à cet enfant, si différent des autres, tout ce dont il a besoin.

Si la famille a accepté ou obtenu l'entrée en classe, elle n'en est pas moins souvent assez peu convaincue de l'utilité de l'effort scolaire. Ainsi, à chaque occasion, à chaque malaise, ce sont des demi-journées ou des journées d'absences, qui empêchent l'enfant de suivre normalement le programme scolaire. Ces absences contribuent à lui donner une impression de discrimination par rapport à ses camarades envers lesquels le maître ne tolère pas autant d'excuses. L'absentéisme est rendu parfois nécessaire par le bilan ou le traitement de la maladie elle-même, imposant des séjours hospitaliers plus ou moins longs, réalisant une exclusion temporaire de l'école. Pendant le temps que l'épileptique passe ainsi à être soigné, les autres parcourent sans lui une étape qu'il lui faudra ensuite rattraper. Il faut donc que cet enfant ait de solides qualités intellectuelles pour profiter de l'enseignement. Aussi il n'est pas extraordinaire de rencontrer des retards d'environ 17 mois, même chez des enfants intelligents.

III - Le vécu de l'enfant épileptique à l'école.

Les crises surviennent parfois chez des enfants d'âge scolaire, d'intelligence normale voire supérieure, qui ont fait jusque là de bonnes études et qui, brusquement, pour un malaise dont ils n'ont plus conscience, et qui les a immobilisés à peine quelques heures, se voient soudainement retranchés de leurs camarades et de tout leur petit monde scolaire, en même temps qu'un climat bien légitime d'angoisse se crée dans la famille.

J. MIRIBEL fait observer que l'enfant épileptique se trouve en classe dans cette position très particulière de celui qui possède, vis-à-vis de l'instituteur, des motifs péremptoirs de ne rien faire et il ajoute : "on sait ce que les enfants en bonne santé font en général lorsqu'ils se trou-

vent dans cette situation"... Dans ces conditions, on comprend les réactions des autres enfants à l'égard du privilégié ; c'est un des aspects de la rupture et de l'isolement de l'enfant par rapport au reste de la classe.

Des malaises en classe, même des absences, viennent parfois accentuer cette discrimination, renforçant ainsi la barrière, tendant les relations entre l'enfant et le groupe, avec tous les aspects et toutes les interréactions affectives que cela peut engendrer. Parfois, ces enfants en raison de leur plus grande irritabilité et de leur instabilité sont plus impressionnables que leurs camarades bien portants. A l'école, rapidement fatigués et se concentrant difficilement, ils ne peuvent en comparaison de leur travail, que réaliser des choses moyennes. Le fait de perturber les cours entraîne des punitions qui ne paraissent pas les influencer, ce qui amène un certain désintérêt de la part du maître.

Les parents des sujets "glyschroïdes" ont le sentiment justifié que leur enfant d'après son application pourrait mieux faire ; l'instabilité croissante de ses réalisations et enfin son échec sont qualifiés d'étourderie et de manque d'application. L'enfant poussé par ses parents et se sentant incompris, les déçoit souvent par le fait qu'il échoue encore plus. L'anxiété de décevoir bloque ses facultés ; une agitation croissante, des troubles du sommeil et d'autres troubles neurologiques l'accompagnent souvent.

Les parents se résignent bientôt et abandonnent l'espoir que leur enfant soit un bon élève ; plus ils avaient placé haut leurs espoirs concernant l'enfant, plus sombres sont maintenant leurs pronostics concernant son avenir ; les vœux de réussite sont alors exclusivement reportés sur les frères et sœurs bien portants. L'enfant malade est désormais considéré comme un échec digne de compassion, comme un enfant source de soucis, qui pèse sur la famille.

Certains enfants ne vont à l'école que partiellement, d'autres jouissent de prérogatives spéciales : " elle reste dans le fond de la classe ;

on ne s'occupe pas d'elle et elle travaille uniquement si elle en a envie"...

L'âge moyen de l'entrée à l'école a été de 4 ans et 4 mois ; il n'y a pas de différence entre nos deux séries ; la seule différence est celle entre les enfants des villes ou petites villes qui vont en moyenne 1 an plus tôt à l'école que les enfants habitant à la campagne ; 2 enfants n'ont pas été à l'école avant 8 ans pour l'un, parce qu'il a commencé à faire des crises à l'âge de 5 ans, et 7 ans pour un autre qui ne s'adaptait pas à la maternelle et était fréquemment malade. L'absentéisme scolaire est proportionnellement plus important chez les enfants faisant des absences que ceux faisant des crises de grand mal.

19 enfants semblent être à l'aise dans l'ambiance de l'école : ce phénomène est peut-être dû au fait qu'ils sont davantage perturbés dans le milieu familial!...

Les difficultés majeures semblent concerner le calcul et la mémoire : 14 enfants auraient de grosses difficultés en arithmétique.

Enfin, 12 enfants de notre échantillon étudié et 10 enfants de notre échantillon témoin auraient des résultats scolaires inférieurs à ceux qu'il avaient avant les crises.

IV - L'attitude du maître.

L'attitude des enseignants face à ces enfants est très ambivalente dans la mesure où ils veulent les aider et dans les moyens employés qui ne sont pas toujours adaptés.

1) Les parents doivent-ils prévenir l'instituteur que leur enfant est susceptible de faire des crises à l'école ? Prévenir, c'est exposer l'enfant à un régime de faveur, ne pas le faire peut entraîner de graves réactions s'il survient une crise inopinément.

Telle institutrice ignorait que l'une de ses élèves était épileptique jusqu'au jour où pendant une heure de cours la mamana a apporté la médication que l'enfant avait oubliée ; depuis, elle a bien vu ses malaises : elle a compris que l'enfant par moment avait besoin "d'exploser". Lorsqu'elle ignorait cela, rien n'était observé ; mais depuis qu'elle le sait, non seulement elle voit les crises mais y rattache des troubles du comportement. On pourrait donner de nombreux exemples démontrant cet aspect ; mais si l'instituteur n'est pas prévenu, la survenue d'une crise risque de contrecarrer les efforts d'adaptation faits par l'enfant et sa famille ; les maîtres étant de plus en plus favorables à la scolarisation dans la filière normale, il semble donc souhaitable de les prévenir.

2) Quelle doit être l'attitude des maîtres ?

Les gâteries et la préférence marquée d'un enfant épileptique sont aussi nocives qu'une éducation trop dure, exigeant trop de l'enfant. Derrière ces défauts d'éducation se cachent des sentiments de culpabilité ou d'orgueil ; un enfant épileptique doit être élevé aussi normalement que possible. LENNOX a jadis posé comme principe que le préalable d'une éducation réussie d'un enfant épileptique est "l'éducation de l'éducateur". Les méthodes de l'éducation normale se croisent avec celle de la rééducation. Les deux erreurs principales sont d'un côté la "surprotection" avec abandon des punitions conduisant à une dépendance de l'enfant, de l'autre la trop grande exigence.

L'instituteur a parfois des attitudes très répressives, tel enfant très turbulent a peur du maître qui l'attache sur le banc et lui donne des coups de règles ; tel autre comme punition n'a pas eu de récréation depuis un an ;

tel autre reçoit des claques, se fait traiter de fainéant, de paresseux et doit faire le jardin de l'instituteur puisqu'il ne suit pas la classe et distrait les autres.

D'autres instituteurs gardent l'enfant une heure le soir pour expliquer ce qu'il n'a pas compris... se montrent trop compréhensifs... ou n'osent pas forcer l'enfant car la moindre remontrance engendre des pleurs ou des colères. La plupart se demandent ce qu'ils doivent faire et jusqu'où ils peuvent aller ?

L'instituteur du jeune Joël F..., âgé de 7 ans, nous dit ceci : "cet enfant se comporte non comme un fou, mais de façon anormale et nous avons beaucoup de difficultés avec lui. Il se roule par terre dans la cour de récréation, frappe parfois ses camarades, casse du petit matériel (ce matin le porte-plume d'un camarade), pousse des cris dans la classe (imitant la guenon d'un film télévisé sur les animaux) ; il fait l'intéressant en classe, se déplace continuellement et gêne ses petits camarades dans leur travail ; il n'obéit pas à sa maîtresse et crie à la moindre punition corporelle, si infime soit-elle. J'aimerais savoir s'il y a des risques de crises ou de maladies à l'école pouvant provoquer des accidents. Peut-il aller à l'école normalement ? Comment devons nous le prendre ? S'il ne craint pas sa maîtresse, il me craint, moi, car je suis dans l'obligation d'appliquer des sanctions corporelles assez sévères et je sais bien que ce n'est pas la solution. Où est la solution ? C'est un garçon très éveillé, très intelligent, qui ne s'intéresse que peu à son travail scolaire. Il est parfois grossier pour épater les camarades dont l'attention est souvent détournée"...

L'institutrice de Louise O... 11 ans dit : "quelle que soit son humeur, son attention est fugitive ; c'est une enfant très instable et très difficile à prendre. La douceur est souvent efficace, mais il arrive très souvent que la crainte d'une sanction le soit encore plus"...

Jean Michel C... âgé de 13 ans, a fait en Janvier 1972, une crise convulsive généralisée dont le bilan paraclinique s'est révélé négatif ; il s'agit d'un enfant sportif (pratiquant le rugby), très musicien (il joue de la clarinette), qui a des résultats scolaires très brillants (il est en 5e normale à l'âge de 12 ans). La maman hyperanxieuse lui a supprimé le sport, la musique etc... et l'a gardé près de 2 mois à la maison après cette seule et unique crise. L'instituteur a eu peur qu'il se fatigue et a expliqué aux parents qu'on ne sait pas ce que réserve l'avenir après ce genre de crise ; il a donc conseillé que Jean-Michel redouble sa cinquième.

Le rôle de l'instituteur est difficile : il doit chercher à limiter l'agitation de l'enfant malade dans l'intérêt des autres enfants. Mais s'il se montre trop tendre les autres enfants se sentent aussitôt désavantagés et témoignent leur rancœur au protégé du maître. L'enfant malade se trouve lui-même en danger de voir dans l'indulgence du maître un laisser aller pour ses négligences futures.

En ce qui concerne le traumatisme psychologique des condisciples voyant la crise, il faut rappeler que la rue, le cinéma, la télévision ne sont pas toujours des spectacles inoffensifs. (il y a eu en 14 ans aux U.S.A. 14 000 morts de mort violente à la télévision). L'important est l'attitude des adultes vis-à-vis d'évènements traumatiques. Il y a traumatisme si l'adulte se panique ou est effrayé, mais pas ou peu si l'adulte ayant la charge des enfants reste calme, et donne plus tard des explications à leur portée. Il n'y a alors ni réaction de panique chez l'enfant, ni épidémies de crises pithiatiques par la suite.

Les instituteurs, particulièrement à la campagne où les élèves des différentes classes sont parfois mélangés dans le même local, sont particulièrement désappointés en ce qui concerne les troubles du comportement rencontrés chez ces enfants. La personnalité d'un éducateur laissera un enfant s'adapter, tandis que celle d'un autre conclura rapidement à un échec. Parfois, les troubles du comportement prendront une telle intensité qu'il faudra envisager un éventuel placement en Institution spécialisée.

V - Le problème des institutions spécialisées.

L'école normale est le milieu le plus usuel et le plus favorable pour qu'un enfant épileptique continue sa scolarité. Mis à part les problèmes de débilité mentale, il est des cas où l'on est amené à un placement en Institution Spécialisée : c'est surtout le cas des crises non stabilisées et des troubles du comportement.

Joël F... âgé de 8 ans, est un enfant brutal, coléreux, qui embête ses petits camarades, perturbe les cours et ne tient pas en place à l'école... Entre 5 et 7 ans, il n'a été que très irrégulièrement à l'école à cause de la répétition des crises. L'instituteur nous dit : "rien n'y fait ; j'en ai parlé à la mère, elle se rend compte qu'il peut être dangereux, qu'il ne profite aucunement de l'école et qu'il trouble le travail des autres élèves. Les sanctions corporelles ne sont pas une solution surtout à long terme. La maman pense qu'il faut faire quelque chose, et pour ma part je m'y vois contraint. Peut-être y aurait-il la possibilité de ne l'envoyer en classe que quelques heures par jour ? mais je l'ai tenté l'année dernière et cela n'a pas réussi. Peut-être pourrait-on le placer assez près de chez lui pour un laps de temps assez court" ?

L'inspecteur départemental de l'éducation Nationale écrit 3 mois plus tard : "cet enfant, en dépit de ses possibilités intellectuelles, est incapable de progresser dans une classe normale et, par ailleurs, son comportement est tel qu'il gêne le déroulement de la classe et qu'il est de nature à causer des accidents graves qui pourraient mettre en cause à la fois la responsabilité de son maître et de ses parents". L'enfant est donc admis dans un centre médico-pédagogique pour jeunes épileptiques.

Nous le voyons chez lui à l'occasion de vacances ; "depuis 8 mois qu'il est au centre, dit la maman, il s'est complètement transformé : il est plus calme, moins agressif, et s'éveille beaucoup sur le plan intellectuel." Les parents vont le voir une fois par mois, les résultats scolaires sont très encourageants, et il se plaît beaucoup là-bas, même s'il aime revenir à la maison à l'occasion des vacances. Les résultats obtenus par les institutions spécialisées sont excellents si le placement est justifié.

La modification de l'environnement retentit sur les problèmes relationnels de l'enfant en apportant des avantages et des inconvénients : il sort d'un milieu hyperprotecteur ou rejetant, de toute façon modifié par sa maladie pour entrer dans un milieu théoriquement neutre.

- sur le plan familial, l'éloignement de l'enfant peut apporter un soulagement, une détente, une vision plus détachée et plus objective des problèmes à la famille. Si les liens affectifs de l'enfant à la mère sont nettement pathologiques, il peut y avoir "opposition" de l'enfant qui refuse de participer à la vie de groupe et doit le plus souvent en être exclu en raison du caractère contagieux de ses attitudes, et du risque par les adultes d'une cristallisation dans l'opposition à l'égard de l'enfant. Parfois les parents, ne supportant

pas ce départ, peuvent devenir anxieux, agressifs vis à vis de l'établissement à la recherche de tous les prétextes pouvant justifier la reprise de l'enfant.

- sur le plan scolaire, le placement est un inconvénient en cours d'année, car il y a rupture du rythme, et nécessité de s'adapter à d'autres méthodes, d'autres visages ; mais elles vont permettre des méthodes pédagogiques plus adaptées et le gain notamment en Q. I. est toujours notable.

- La vie en internat permet une meilleure observation des problèmes de l'enfant ; les traitements médicamenteux sont mieux adaptés et il n'y a pas de danger important de contamination pour un enfant pris individuellement dans cette collectivité. Le gros inconvénient est l'éloignement d'avec la famille qui doit être comblé par des visites et des vacances.

- le gros problème pour les parents est de prendre la décision de placer leur enfant en institution. Cette question suscite chez la mère de sérieux conflits. A travers son souci continu pour l'enfant malade, elle ne se sent pas seulement liée à lui de manière particulière, mais elle sent aussi qu'il a davantage besoin d'elle que les autres enfants. Ce sentiment de culpabilité l'accable aussi quand l'enfant malade reste dans la famille, car les autres frères et soeurs peuvent être en danger. Quand les parents sont résolus à mettre leur enfant en institution, des difficultés insurmontables surgissent alors pour la réalisation pratique de cette décision : il y a très peu d'institutions spécialisées, et les démarches administratives sont parfois fort longues.

Il ne doit pas y avoir pour l'enfant de ballotement d'établissement en établissement selon les places disponibles, mais une prise en charge définitive par une équipe médico-sociale. Les instituts médico-pédagogiques reçoivent des caractériels ou débiles non épileptiques et prennent de gros risques en s'adjoignant des enfants épileptiques ayant des troubles du comportement

qui sont difficilement assimilables à leur collectivité et chez qui la mise au point d'une thérapeutique anti-épileptique est difficile. Les instituts pour enfants épileptiques sont évidemment préférables aux Instituts Médico-Pédagogiques qui ne doivent être réservés qu'aux enfants épileptiques bien stabilisés sur le plan des crises.

Il faut souligner l'importance de poursuivre la scolarité chez ces enfants par tous les moyens. On a trop tendance à faire le contraire et à interdire plutôt le travail intellectuel à ces enfants sous prétexte de leur cerveau malade, comme on a longtemps contre-indiqué la gymnastique à ceux qui en avaient le plus besoin. Il faut adapter l'enseignement aux possibilités du sujet et lui demander tout ce qu'il peut donner sur le plan de l'efficiencce sans jamais atteindre la saturation et en profitant au maximum de ses intérêts spontanés et de ses périodes de disponibilité ; ce principe est valable pour toute pédagogie. Il faut parler aussi de l'insuffisance d'information de la population qui se manifeste par une longue période (parfois 5-6 ans) avant que ne soit posé au médecin la question des possibilités scolaires.

CHAPITRE VI

L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Après avoir examiné les problèmes scolaires des enfants épileptiques d'intelligence normale ou sub-normale, il convient de parler des problèmes d'orientation et d'adaptation professionnelle de ces enfants.

I - L'avenir professionnel.

Beaucoup estiment que tout effort est nuisible pour l'épileptique et qu'une existence sédentaire lui convient le mieux ; ce qu'il lui faut, dit-on, "c'est le petit coin avec le travail tranquille". Cette opinion en cache une autre, à savoir que l'épileptique est un être dont les réactions effraient son entourage qui, pour se protéger, tend à l'éloigner et à le mettre au repos.

On retrouve à un niveau plus personnel les mêmes réactions que celles constatées dans les problèmes scolaires. Certains épileptiques ne préviennent pas leur employeur de leur maladie et sont renvoyés lors de la première crise ; certains employeurs sont compréhensifs, d'autres moins à cause de la superstition concernant l'épilepsie, de la vue des crises pouvant traumatiser les autres travailleurs, et de la distraction dans la routine habituelle. La loi ne permet pas de déclasser un malade dont on vient de savoir qu'il est épileptique, mais on peut pratiquer un "reclassement" qui se fait toujours dans un sens désavantageux pour le malade. L'épileptique se sent vivre dans un climat défavorable, et cette frustration est un argument de plus pour accélérer la détérioration de son comportement.

On voit l'importance du problème et l'intérêt de l'orientation professionnelle ; cette orientation est rarement faite de façon satisfaisante ; on sent chez les parents, derrière le souci pour l'avenir de leur enfant, une ignorance de l'évolution lointaine de la maladie ; ces parents ont peur de voir déçues les espérances qu'ils mettent sur leurs enfants, et rejettent le problème par un immobilisme, une attente qui se prolonge de façon trop tardive.

Dans notre statistique, 11 parents estiment que l'avenir de leur enfant n'est pas compromis par les crises ; 16 estiment qu'il est compromis et 13 font des réserves ; cela veut dire que 75 % des parents interrogés (les proportions restant sensiblement identiques si leurs enfants ont des troubles du comportement ou pas) émettent des réserves sur l'avenir de leur enfant alors que la moitié des enfants était stabilisée, c'est-à-dire n'avait pas présenté de crise depuis plus d'un an.

Le choix d'une profession même pour un enfant comitial d'intelligence sub-normale est difficile parce qu'un certain nombre d'activités dans lesquelles il pourrait être en danger ou mettre en danger la population lui sont interdites ; on peut citer les professions exigeant l'absence de vertige, l'usage de machines non protégées, la conduite de gros engins motorisés, les conducteurs etc... C'est dur pour un enfant de renoncer à une profession à laquelle il aspire peut-être depuis des années. Parmi les possibilités qui lui restent offertes, aucune ne lui semblera si attirante que celle qui lui est refusée.

Dans notre statistique la moitié des enfants savaient ce qu'ils voulaient faire plus tard : 5 voulaient être mécaniciens (2 voulaient être garagistes), 4 instituteurs, 3 une profession médicale ou paramédicale probablement par compensation (1 médecin, 1 infirmière, 1 puéricultrice), 2 voulaient travailler dans le bâtiment (1 maçon, 1 couvreur), 2 voulaient être secrétaires, quelques individualités spécifiaient : horloger, cuisinier ... 2 voulaient

travailler en usine, et les 4 plus âgés travaillaient déjà : 1 garçon titulaire d'un C.A.P. de mécanique et 3 filles travaillant toutes trois à la chaîne: 1 comme piqueuse, 1 dans une usine de montage de matériel électrique et 1 dans une usine de matériel pour automobiles.

On s'étonne qu'un jeune comitial de 12 ans désire être couvreur; on s'étonne encore plus que les trois filles qui travaillent aient des postes exigeant de la précision et de la rapidité pour suivre une cadence imposée ; il n'est pas surprenant que ces trois filles aient totalisé à elles trois plus de 3 mois d'arrêt de travail pendant les 6 mois précédents.

II - Le rôle du médecin.

"C'est du médecin, qu'il soit médecin de famille, d'entreprise, d'école ou de centre d'orientation professionnelle, que dépendent en grande partie, pour l'épileptique, l'accès au travail et l'insertion sociale qui auront pour résultat de le maintenir dans la communauté" (SAUGUET). L'assistance médico-sociale bien comprise doit assurer à l'épileptique son dépistage, son traitement, son orientation, sa formation professionnelle et enfin son placement ; elle ne doit pas se borner à une seule étape.

On doit s'inquiéter de son insertion sociale, de l'allure et de la fréquence des manifestations, de l'évolutivité de la maladie, de la sensibilité à la thérapeutique avant de déterminer une orientation professionnelle. Le médecin tiendra compte des autres déficiences éventuelles, mais aussi de l'ensemble de ses aptitudes physiques. Il étudiera le psychisme, l'intelligence, le caractère, les forces morales, la stabilité et le sérieux de l'enfant, ces dernières qualités étant essentielles, d'une part pour la bonne observation de la thérapeutique quotidienne, d'autre part pour la prudence au cours du travail et l'attention aux consignes de sécurité.

Certains centres sont d'un grand intérêt en ce qui concerne les épileptiques mal équilibrés par la thérapeutique chez qui on désire l'intégration dans un circuit professionnel normal.

Le médecin du travail ne devrait pas être tenu pour responsable des accidents susceptibles de se produire : ils auraient peut-être alors davantage de facilité pour intégrer un comitial dans une activité professionnelle déterminée. Enfin, plus que dans le domaine scolaire, on peut se demander dans quelle mesure (à condition que l'épilepsie soit bien équilibrée et que le poste proposé soit sans danger), il ne serait pas souhaitable que la qualité d'épileptique ne soit connue que du médecin traitant ?

L'adaptation à la profession est fonction de la variété clinique, de la sensibilité à la thérapeutique, des conditions de travail mais aussi et surtout de la personnalité et du caractère du sujet. Une orientation précoce et soignée, une formation professionnelle particulièrement bien adaptée et poussée, un placement judicieux sont les facteurs essentiels de l'adaptation et de l'insertion sociale future de l'épileptique.

QUATRIEME PARTIE

ESSAI DE SYNTHÈSE DE LA QUESTION

Nous avons essayé d'analyser les facteurs organiques et psychogénétiques intervenant dans les troubles du caractère de l'enfant épileptique. Après une enquête faite chez des enseignants nous montrant le retentissement actuel de cette maladie chez des gens particulièrement concernés nous verrons à quelles dispositions thérapeutiques cela nous conduit, et plus particulièrement quel doit être le rôle du médecin.

CHAPITRE I

ESSAI d'INTERPRETATION DU CARACTERE ET DE LA MENTALITE DES EPILEPTIQUES

L'épileptique présente souvent des troubles du caractère. Son fond mental offre des anomalies qui ont frappé tous les observateurs, bien qu'il soit très difficile d'apprécier dans quelles proportions elles touchent les épileptiques.

Telles sont les bases d'ordre clinique sur lesquelles tout le monde s'accorde à peu près. S'agit-il de troubles du caractère, dont la maladie épileptique est directement responsable ? sont-ils leur conséquence indirecte ? sont-ils la conséquence d'autres anomalies cérébrales qui coïncident avec la comitialité ?

Tels sont les divers aspects d'une discussion dont l'importance ne peut échapper. Pour situer le problème dans sa complexité nous voulons essayer de donner un résumé schématique des conceptions en présence.

Nous considérerons les deux aspects : organique et psychogénétique.

A / L'Aspect Organique

Il comporte lui-même deux versants à opposer : le caractère épileptique en tant que trouble primaire et le caractère épileptique en tant que trouble de détermination organique, mais non d'essence comitiale.

I - Le caractère épileptique est un trouble primaire :

Il est de nature comitiale, dans son essence et de détermination organique. C'est la position classique issue des anciens travaux depuis FALRET. Sous la poussée des conceptions constitutionnalistes, il était dans l'ordre des choses que l'on parvienne à dégager dans le cadre de l'épilepsie, maladie héréditaire, une constitution particulière : nous trouvons dans les travaux de MAUZ (1937) la description du sujet "énéchétique" caractérisé par un trait psychologique principal : la persévération qu'explique la pauvreté du rendement intellectuel et une affectivité "visqueuse" qui détermine son comportement.

On voit donc, que pour MAUZ, la majorité des épileptiques se définit par un biotype dysplasique et une personnalité adhésive, persévératrice. Il arrive que les épileptiques soient explosifs, mais alors ils n'appartiennent plus à la même constitution et sont de biotype athlétique.

C'est sur ce point que Mme MINKOWSKA se sépare des théories de MAUZ. Certes, elle admet toujours l'existence d'une mentalité épileptique particulière, se transmettant héréditairement au même titre que le syndrome convulsif, mais elle pense que les caractéristiques décrites par MAUZ, chez des types différents, se trouvent en fait chez un même individu. La prédisposition aux crises, qu'elle nomme constitution épileptoïde se caractérise par une oscillation entre la viscosité et l'explosivité et c'est sur ce terrain que se développeraient les crises épileptiques.

La détermination organique du caractère épileptique s'inscrit dans la lignée de pensée de la psychiatrie de la fin du XIX^e siècle. L'extraordinaire découverte de l'étiologie de la paralysie générale avait donné l'illusion que la clé de la maladie mentale était au bout du scalpel . KRETSCHMER, BREÜLER et surtout Mme MINKOWSKA ont donné un essor nouveau à la notion de la personnalité épileptique.

Ces conceptions ont fait l'objet de vives critiques avec des arguments solides et tout d'abord la proportion inconstante des anomalies de caractère dans le nombre des épileptiques. De plus, les anomalies seraient plus rares dans l'épilepsie, dite essentielle, pour laquelle on admet le plus généralement une cause héréditaire. Par ailleurs, ces conceptions reposent sur l'étude de sujets vivant dans des hôpitaux psychiatriques. Comme l'a souligné Melle LEMPERIERE : "il existe une grosse différence entre le comportement des malades de consultation et celui des malades d'asile, ce qui est logique, puisque ces derniers ont été le plus souvent internés pour inadaptabilité sociale". C'est pourquoi les auteurs souscrivant au déterminisme organique vont le chercher le plus souvent, non pas dans l'épilepsie elle-même, mais à côté d'elle dans les lésions responsables.

II - Le caractère de l'épileptique est un trouble de détermination organique, mais non d'essence comitiale.

C'est en fait une négation de la personnalité épileptique. Les psychiatres responsables de cette théorie l'étaient sur la fréquence beaucoup plus grande des troubles du caractère dans l'épilepsie dite secondaire, c'est-à-dire celle où l'on peut incriminer une atteinte cérébrale organique évidente ; "Les troubles caractériels que l'on voulait spécifique de l'épilepsie essentielle sont en fait plus fréquents au cours des épilepsies secondaires ; ces perturbations caractérielles sont identiques à celles observées dans toutes les affections cérébrales organiques"

(Melle LEMPERIERE). KOUPERNIK, GASTAUT et LAFON ont insisté sur ces troubles et en rendent responsables l'organicité. Le problème est alors repoussé vers celui de la précision des lésions responsables.

Une atteinte corticale serait responsable des troubles du caractère. On avait observé que les gens blessés ou atteints d'une lésion cérébrale étaient irritables et explosifs, et on a cru retrouver ces mêmes traits chez un nombre non négligeable d'épileptiques. La conclusion simpliste était alors de voir le caractère épileptique comme une forme d'altération caractérielle provoquée par un traumatisme cérébral. Pour Carl SCHNEIDER, par exemple, la cause principale réside dans la somme des séquelles des crises. On pensait par ailleurs trouver des ressemblances entre les traits caractériels des épileptiques et les symptômes de la démence, ce qui renforçait l'idée d'une origine traumatique du comportement épileptique, à la suite des crises ; en fait la ressemblance avec la démence n'est qu'apparente et superficielle.

D'autres atteintes de localisation plus étroite, touchent des zones électives, en particulier le lobe temporal. STAUDER affirmait dès 1938 que les malades du lobe temporal spécialement quand ils ont des troubles de la conscience sont impossibles à séparer des épileptiques gènes présentant des altérations du caractère. Cette anticipation de STAUDER s'est confirmée puisque l'on a retrouvé des ressemblances entre les traits du caractère épileptique et les symptômes du lobe temporal notamment l'excitation... Les tumeurs et les blessures du lobe temporal peuvent conduire à une sorte de transformation épileptique du comportement (GIBBS et LENNOX). Ces travaux concernant la pathologie fonctionnelle du lobe temporal, reflet des conceptions de PENFIELD, ne peuvent, comme on l'a cru longtemps, expliquer le problème.

Ces incertitudes ont amené certains auteurs à revaloriser le rôle de l'épilepsie à l'origine des anomalies de caractère : les

décharges épileptiques répétées finiraient par constituer des lésions cérébrales, particulièrement dans les régions de la vie émotionnelle (hypothalamus, thalamus, grand lobe limbique). Dans cette théorie, le lobe temporal apparaît comme une simple zone de projection. Le cortex, le système hypothalamo-hypophysaire et la substance réticulée constituent le support anatomique et biologique de la personnalité humaine. L'équilibre normatif de la personnalité se superpose à l'équilibre de son substratum anatomique. Ainsi notre personnalité biologique détermine notre mode de réaction vis à vis du monde extérieur. "La crise est une rupture de l'équilibre de l'infrastructure anatomique de la personnalité, favorisant la régression de la vie psychique (c'est-à-dire la superstructure) à un niveau inférieur de l'adaptation au réel". Claude BERNARD disait que "la pensée libre pour se manifester exige la réunion harmonique dans le cerveau de conditions organique, physique et chimique". Toute perturbation de l'équilibre physico-chimique du milieu intérieur est susceptible de retentir sur le cerveau et sur l'équilibre mental. Les chocs émotionnels aigus et les tensions émotionnelles chroniques engendrent, d'après Jean DELAY, des désordres métaboliques par l'intermédiaire de mécanismes biochimiques et neuroglandulaires. On connaît le rôle des grandes émotions dans le déclenchement des crises (le jeune Emmanuel A... par exemple a eu sa première crise après une violente frayeur causée par la foudre). Du point de vue biologique, on a pensé à un dérangement fonctionnel dynami-
néti- que particulièrement prononcé pour certaines structures encéphaliques et à une défaillance fonctionnelle dysvégétative particulièrement prononcée pour les formes centrencéphaliques. SELBACH a pensé à une faiblesse du système sympathique, conditionné par certaines prédispositions, avec des crises hypervagotoniques périodiques qui endommagent les fonctions centrales du cerveau ; ces crises sont compensées par des accès convulsifs dans le sens de réaction de détresse (CANNON). L'altération épileptique serait la suite d'une surcharge durable, pas assez compensée du vague.

D'autres ont pensé à une constitution psychique prédisposante en rapport avec un type déterminé de constitution corporelle ; KRETSCHNER et ENKA mettent le caractère visqueux en liaison avec la corpulence athlétique mais quand la forme corporelle athlétique présente des caractères asthéniques et fragiles, ce qui est le cas de la plupart des épileptiques d'éveil (ceux faisant des crises le jour), il n'y a pas alors de traits visqueux, mais plutôt un caractère psychopathique, instable.

La disposition à une altération pourrait se situer dans une des structures cérébrales. HILL a trouvé dans la partie postérieure du lobe temporal avec l'aide de l'électro-encéphalogramme des arrêts de myélinisation se manifestant par un ralentissement qui vont avec les troubles de caractère et le comportement du malade. HOFF qui essaie de donner aux syndromes psychiques une pathogénèse pensée de manière électrique ne tient pas ces altérations pour des séquelles directes de l'anomalie cérébrale, mais comme une réaction psychique de la personnalité vis-à-vis des manques physiologiques et psychologiques qu'amènent avec eux ces ralentissements de maturité du lobe temporal. Enfin, on a aussi pensé à tenir l'altération épileptique pour un dommage toxique dans le sens d'un type de réaction exogène ou d'une forme de réaction pré-existante (ABADIE).

Parmi les enfants épileptiques, 40 à 45 % selon les statistiques présenteraient des troubles du comportement. Cette statistique laisse à penser que les troubles de caractère et du comportement n'apparaissent que si le milieu favorise leur développement. Comme le disent H. MIGNOT et Th. LEMPERIERE : "il semble assez peu admissible de faire dépendre d'une seule cause toutes les manifestations de la personnalité convulsive. Ce serait s'exposer en particulier à minimiser le rôle de l'environnement dans la détermination des troubles du comportement".

B/ L'Aspect Psychogénétique.

Même si l'on admet que l'épilepsie est responsable d'anomalies du caractère et du comportement par son activité propre, on peut accepter qu'elle soit capable de provoquer par voie indirecte des bouleversements profonds :

- par les expériences pathologiques que sont les troubles mentaux paroxystiques à expression mentale.
- par les perturbations qu'entraîne une maladie chronique parfois invalidante, dans les relations familiales et sociales,
- par les perturbations affectives conscientes et inconscientes : c'est l'aspect psychanalytique.

I - Les troubles psychiques épileptiques en tant qu'expérience mentale pathologique.

Les troubles du caractère les plus flagrants et les plus graves, ceux qui aboutissent à des conduites inadaptées et parfois dangereuses, surviennent fréquemment au cours des formes de comitialité à expression mentale paroxystique : hallucinations ou illusions sensorielles, états aigus d'extase, d'angoisse ou d'horreur, irruption d'idées délirantes. Elles sont autant d'expressions déterminantes dans les troubles permanents du caractère. On peut remarquer que les anomalies les plus typiques de la personnalité se constatent à partir de l'adolescence, date aussi de l'apparition des formes d'épilepsie à expression mentale.

Mais dans l'enfance on peut se demander si des manifestations aiguës telles que la colère et les terreurs nocturnes si fréquentes au cours de l'épilepsie infantile ne peuvent constituer en elles-mêmes une expérience mentale primaire de la même nature.

II - Perturbations secondaires aux troubles dans les relations familiales et sociales.

Nous avons longuement insisté sur ces facteurs dans un chapitre précédent. Il faut rappeler que l'épilepsie est une maladie chronique et entraîne de ce fait de la part des familles les réactions habituelles observées à l'égard des maladies au long cours ou des infirmités.

La plupart des troubles du comportement ne sont que la conséquence d'attitudes anormales ou de troubles affectifs de l'entourage, et plus particulièrement de la mère. L'épilepsie a mauvaise réputation et la mentalité collective est imprégnée de sentiments troubles où sont mêlés la crainte et l'hostilité. Le malade va se heurter tout au long de son existence à des interdits plus ou moins justifiés : la limitation des activités physiques par exemple peut-être durement ressentie par l'enfant, et cause d'inadaptation.

III - L'Aspect psychanalytique.

Les troubles du caractère et la personnalité de l'épileptique sont interprétés dans la doctrine psychanalytique comme la conséquence des pulsions inconscientes provoquées par la maladie.

La manifestation simultanée d'agressivité meurtrière et d'autopunition au cours de l'accès avait été souligné par STEKEL. FREUD dans son essai d'analyse du cas de DOSTOIEVSKY, trouve que l'écrivain

réalise dans chacune de ses crises la mort du père détesté et sa propre mort par identification à celui-ci. Pour PIERCE CLARK le caractère élémentaire, profondément archaïque, des mouvements convulsifs, ressemblant aux mouvements intra-utérins du fœtus, est le fait fondamental pour la compréhension du phénomène ; la crise serait la reviviscence d'un processus très archaïque par lequel l'organisme décharge un état de tension pour retrouver son équilibre. On pourrait donc parler d'un mode de défense biologique. Chez les comitiaux, ou du moins chez ceux présentant au point de vue psychologique le "caractère épileptique", le monde extérieur sera investi uniquement d'angoisse et de douleur. Entre ce monde traumatisant et lui, le malade se construit un mur de protection narcissique qui est à la base de son comportement. La crise serait une rupture de cet équilibre fragile ; le malade se libèrerait de la tension devenue insupportable de la réalité, par une fuite dans la perte de conscience et par la mise en oeuvre d'un processus archaïque de décharge neuromusculaire. Ce mode de défense pourrait se déclencher au cours de conflits affectifs variés et se reproduire ensuite dans des circonstances rappelant celles qui l'avaient provoquées la première fois. Pour KARDINER, le comportement de l'épileptique ainsi que la crise elle-même seraient des réactions de défense contre le blocage affectif ; celui-ci résulterait de l'interférence d'un processus organique, héréditaire ou acquis, avec les fonctions du moi. Le déficit cérébral atteindrait l'appareil d'exécution spécifique de certaines fonctions du moi qui contribuent à la maîtrise du monde extérieur, à isoler relativement le moi pour le protéger contre les traumatismes du milieu. Le "Moi" ne peut se protéger contre le monde extérieur, ni répondre aux exigences du "Ça". Devant ce blocage et l'insupportable tension qui en résulte, le psychisme peut réagir que par une rupture complète, une inhibition totale de toutes les fonctions du "Moi" dans la perte de conscience et le retour au mécanisme archaïque et global de décharge dans la crise.

Le jeune enfant lutte par un besoin perpétuel de réassurance narcissique (HEILBRUNN) : il le fait en s'accrochant au personnage

maternel sur lequel il recherche un appui constant ; cet attachement est une réaction à la faiblesse inhérente du 'Moi'.

La personnalité est une synthèse de tous les éléments psycho-physio-biologiques, influencés par l'histoire du sujet, son éducation, son milieu familial, culturel et moral. En réalité, c'est à travers tout ce réseau d'influences que la personnalité se forme et s'organise. D'une manière générale, la crise épileptique basée sur la trilogie : tension-décharge-détente, n'est qu'un moyen de réduction de tension. Les conflits, les frustrations, les menaces réelles ou imaginaires peuvent augmenter la tension émotionnelle et faire fléchir le seuil de réaction convulsive. Lorsqu'une partie du cortex est incessamment bombardée par les stimuli chargés de potentiel affectif, cette partie semble présenter à la longue une hyperexcitabilité aux stimulants chimiques, électriques et psychiques. Nous savons qu'un simple trouble spasmodique émotionnel peut engendrer par sa répétition des altérations bioélectriques. Il est possible qu'un tel processus soit responsable des réactions convulsives de l'épilepsie. En effet, à partir d'une certaine intensité des stimuli, n'importe qui peut faire la crise. L'épilepsie est virtuellement en nous, et comme l'a si bien montré Henri EY : "c'est un état commun et virtuel de tous les individus".

Si l'on considère l'aspect organique on peut dire que de grandes incertitudes règnent encore car ni la chirurgie ni l'électroencéphalographie n'ont pu démontrer la lésion responsable des troubles du caractère de l'épileptique. Le concept de personnalité épileptique inhérente à la constitution et à l'hérédité est fragile ; accepter une constitution héréditaire c'est admettre un déterminisme et la fatalité inexorable d'un sort qui s'attache à l'épilepsie. Cette notion a largement entretenu un sentiment de crainte horrifiée qui touche encore l'épilepsie. L'explication psychanalytique, même pour ceux qui refusent de la suivre dans toutes les interprétations, est extrêmement riche outre sa portée pratique (la cure psychanalytique) dans la perspective dynamique des réactions

constantes entre ce qui est organiquement préformé et secondairement déterminé. Elle décrit l'interférence avec tout le développement affectif d'un "noyau fondamental, dont l'essence échappe à sa méthode d'investigation : un trouble de l'activité cérébrale donnant lieu à un mode de défense ou de décharge biologique qui, d'après certains auteurs, serait normal chez le fœtus.

CHAPITRE II

RETENTISSEMENT ACTUEL DE L'EPILEPSIE, ENQUETE CHEZ DES ENSEIGNANTS. DEMYSTIFICATION

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'Epilepsie reste pour le grand public entaché de profondes erreurs. Nous devons admettre que ces conceptions recouvrant les notions de tare, de déchéance intellectuelle, d'inadaptation sociale, se rencontrent chez une partie de la population qui devrait être plus informée : les parents, les éducateurs voire même le corps médical. A la suite de rapports abusifs, la législation a été longtemps discriminatoire vis à vis des enfants épileptiques; un bulletin officiel de l'Education Nationale précise "parmi les enfants atteints d'Epilepsie sont justiciables de la scolarité normale : ceux qui ont des crises très rares, peu spectaculaires ou bien contrôlées par le traitement...".

Nous avons voulu mesurer le retentissement de l'Epilepsie chez les gens de niveau intellectuel convenable et amenés à s'occuper d'enfants (qui pourraient être épileptiques...). Nous avons distribué 50 questionnaires chez des gens âgés de 19 à 30 ans, (l'âge moyen se situant autour de 23 ans) en grosse majorité de sexe féminin (44 femmes pour 5 hommes), tous titulaires du baccalauréat. Cet échantillon suivant des cours à l'école Normale d'Instituteur se répartissait en deux classes, l'une de professeurs de C. E. G. suivant des cours de recyclage pédagogique, l'autre d'élèves Instituteurs ayant une certaine expérience pédagogique.

Nous leur avons posé les 17 questions suivantes :

- 1° - Avez-vous déjà entendu parler d'Epilepsie ou de convulsions ?...
- 2° - Quels mots, quels qualificatifs évoquent pour vous immédiatement et spontanément le terme "Epilepsie" ?...
- 3° - La vue d'une crise est-elle traumatisante ? : .(pour les parents, la fratrie, les camarades d'école ?)
- 4° - Est-ce, selon vous, une maladie mentale, organique ou mixte ?...
- 5° - Pensez-vous que c'est héréditaire ?...
- 6° - A votre avis, peut-on en guérir ?... (complètement ou non)
- 7° - Que pensez-vous des traitements médicamenteux ?...
Vous paraissent-ils contraignants et inefficaces ? insuffisants ? satisfaisants ?
- 8° - Croyez vous que les épileptiques sont davantage prédisposés à la délinquance ?...
- 9° - Les crises retentissent elles :
 - a) sur les capacités intellectuelles de l'enfant ?...
 - b) sur son comportement moteur ?
 - c) sur son comportement social ?
- 10° - En dehors des crises, l'enfant est-il normal ?...
- 11° - L'enfant épileptique peut-il faire du sport ?... (préciser lequel)

12° - Pensez-vous que l'enfant épileptique peut aller en colonies de vacances ?...

13° - Pourra-t-il exercer n'importe quel métier ?

14° - Pourra-t-il, selon vous, avoir une vie adulte (familiale et professionnelle) normale ?...

15° - Avez-vous déjà entendu parler en cours ou en stage de ce genre de problème ? et plus particulièrement vous a-t-on parlé d'enfants épileptiques ?...

16° - S'il a une crise à l'école, que pensez-vous devoir faire ? vis-à-vis de ses camarades, vis-à-vis de vos "supérieurs", vis-à-vis des parents ?...

17° - Pensez vous qu'il faut avoir à l'égard de l'enfant épileptique, en dehors de ses crises, la même attitude et les mêmes exigences qu'à l'égard des autres enfants ?...

1. - En ce qui concerne la première question, la quasi totalité (45 sur 49) nous déclare avoir déjà entendu parler d'épilepsie ou de convulsions ; 3 mettent des réserves en répondant "très peu" ou "vaguement" et 1 seule réponse est négative. Cela nous confirme qu'il s'agit de sujets relativement informés. Une statistique Américaine remontant à une dizaine d'années montre que dans le grand public 57 % connaissaient un épileptique et 56 % avaient déjà vu une crise. (les crises il y a 10 ans étaient peut-être moins bien jugulées par les thérapeutiques mais il s'agit d'un autre problème.)

2. A la question : quels mots, quels qualificatifs évoquent pour vous immédiatement et spontanément le terme épilepsie, on est frappé par le fait que toutes les réponses concernent "la crise d'Epilepsie". Le terme "crise" revient du reste dans 24 questionnaires ; parfois, il est précisé par des qualificatifs tels "crise périodique" ou "crise de nerf". La comitialité quelle que soit sa forme évoque toujours la crise de grand mal avec sa composante dramatique. La plupart du temps, on trouve des aspects qualitatifs témoignant de l'angoisse des sujets : les mots "violence", effrayant", "angoissant", "atroce" "difficile à supporter" se retrouvent dans les 3/4 des questionnaires. On décrit la crise : "sorte d'évanouissement suivi de mouvements convulsifs", "gestes désordonnés", "raidissement des membres", "cris", "spasmes", se'roule par terre", "bave". On est fort pessimiste en ce qui concerne l'étiopathogénie : "troubles du cerveau", "fou", "hérédité". On y retrouve parfois une idée de chronicité, de périodicité des crises. . . une façon de ne pas échapper à un destin propre... Enfin l'aspect d'accès "incontrôlable", de la perte de la maîtrise de soi y est fréquent. Les mouvements habituels vis à vis de l'accès comitial sont ceux du recul, avec manifestation de plus ou moins d'angoisse entraînant fuite et curiosité ; il existe des rapports entre les fantasmes de l'observateur face au comitial en crise et la sexualité dans ses représentations les plus archaïques ; témoin ces deux réponses : "terrifiant, angoissant, marquant, on croirait qu'il se débat avec des démons intérieurs"... "crise de nerfs, se rouler par terre, inconscience, coma". La statistique Américaine précédemment citée nous semble optimiste quand elle affirme que 59 % des gens interrogés affirment que l'épilepsie n'est pas une maladie repoussante.

3. La vue d'une crise est traumatisante pour la majeure partie : pour 35 sur 49 il semblerait que les crises soient plus douloureusement ressenties chez les enfants (fratrie et camarades d'école) que chez les parents,

peut-être parce qu'ils sont davantage informés et habitués. 3 seulement répondent qu'une crise n'est pas traumatisante pour les spectateurs ; enfin deux répondent par : "je ne sais pas". Ce refus de répondre pourrait correspondre à un manque d'information (c'est ce que nous signale une personne interrogée qui n'a répondu que par des formules de ce genre), ou peut-être est-ce une façon de rejeter le problème, de s'y soustraire en le niant!

4. Pour 29, il s'agit d'une maladie à la fois mentale et organique. 15 affirment que c'est une maladie organique et pour 4 c'est une maladie mentale.

5. Pour 33 personnes interrogées l'hérédité n'est pas en cause, 3 estiment qu'elle peut intervenir de temps à autre, et 12 qu'elle intervient toujours.

6. 37 estiment qu'on peut enguerir mais la majeure partie y met des restrictions (pour 27 on en guérit incomplètement) ; 8 estiment qu'on ne peut pas en guérir et 4 nous laissent voir leur ignorance concernant ce problème.

7. L'opinion générale ne semble pas avoir une haute idée des traitements médicamenteux : 13 nous disent qu'ils sont contraignants et inefficaces, 18 nous disent qu'ils sont insuffisants pour amener la guérison, 10 nous disent ne pas connaître ces problèmes, 6 ne répondent pas, et deux seulement les trouvent satisfaisants.

8. La grande majorité : (39) estime que les épileptiques ne sont pas davantage prédisposés à la délinquance, deux précisent que s'ils le sont

c'est à cause de la réaction de la société à leur égard, 7 estiment qu'ils y sont davantage prédisposés et 3 nous montrent leur ignorance.

9. Parmi ceux ayant répondu de façon affirmative ou négative, 22 estiment que les crises retentissent sur les capacités intellectuelles de l'enfant alors que 15 ne le pensent pas, 9 laissent en blanc la réponse et 3 ne savent pas.

26 estiment que les crises retentissent sur le comportement moteur de l'enfant, 9 estiment qu'elles ne retentissent pas, 11 laissent la réponse en blanc, et 3 ne savent pas. On est en droit de se demander si la question a été bien comprise, et si elle est bien formulée ? peut-être certains ont-ils pensé au comportement moteur pendant la crise ?

30 pensent qu'il y a un retentissement des crises sur le comportement social, 9 estiment qu'il n'y en a pas, 7 ne répondent pas et 2 disent ne pas savoir.

10. 39 disent que l'enfant est normal en dehors de ses crises. Personne n'affirme vraiment qu'il ne l'est pas, mais dix réponses font de grosses réserves : "presque, apparemment, pas tout à fait, selon les cas...".

11. 30 estiment qu'il peut faire du sport, 15 ne savent pas, 2 pensent qu'il ne doit pas en faire et 2 ne répondent pas ; quant à la nature du sport tout y passe : on retrouve avec la même fréquence les notions de sport individuel et sport collectif ; on insiste sur les sports non violents, lents et peu fatigants.

12. 31 pensent qu'il peut aller en colonies de vacances mais la moitié des gens favorables met des restrictions ; 9 signalent qu'il faudra prendre des précautions du genre; prévenir les moniteurs, s'assurer du calme de l'environnement ... 5 demandent un milieu spécialisé... 10 pensent qu'il ne doit pas aller en colonie de vacances et 6 ne se prononcent pas...

13. 34 estiment qu'il ne pourra pas exercer n'importe quel métier (la statistique américaine en donnait 55 %) 8 pensent que tous les métiers leur sont ouverts, 4 ne répondent pas, et 3 ne savent pas. Les métiers à exclure sont ceux nécessitant sang-froid, rapidité, précision... ceux dangereux pour eux-mêmes et autrui tels pilote d'avion, chirurgien...

14. 24 estiment qu'il pourra avoir une vie adulte, familiale normale (5 mettent des réserves à savoir qu'il faut prévenir le conjoint), 7 semblent émettre de grosses réserves par l'intermédiaire d'un point d'interrogation, 10 estiment qu'il ne pourra pas avoir une vie familiale normale, 4 ne répondent pas et 4 ne le savent pas.

15. Le problème de l'information, même à ce niveau au stade de la formation pédagogique d'enseignants laisse beaucoup à désirer puisque 39 disent n'avoir jamais entendu parler en cours ou en stage de ce genre de problème. Une personne qui ne semble pas se faire une haute idée du niveau intellectuel de ces élèves ajoute : "la plupart du temps, ces enfants se trouvent en classe pratique de transition". 8 en ont entendu parler et 2 ne répondent pas. On regrette d'autant plus cet état de fait quand on sait que tous ces enseignants interrogés ont eu des cours de psychologie où on leur a détaillé de nombreuses théories psychanalytiques assez complexes et où on a omis de leur parler de ce genre de problèmes.

16. A la question s'il a une crise à l'école, que pensez-vous devoir faire vis à vis de ses camarades, vis à vis de vos "supérieurs",

et vis à vis des parents ? l'attitude est très stéréotypée : les réponses sont du genre : "faire sortir les camarades, faire prévenir les supérieurs par l'un d'eux , laisser l'enfant malade tranquille et prévenir les parents"... "être maître de soi, étendre l'enfant sur le sol, le couvrir pour qu'il n'ait pas froid et avoir une attitude normale devant les autres"... "éloigner les camarades, les rassurer, éviter que l'enfant en crise ne puisse se blesser, mettre les parents au courant ainsi que les supérieurs"... "ne pas en parler, c'est une maladie"... "éloigner les camarades et tous les objets dangereux qui sont à sa portée"... 15 pensent qu'il faut faire sortir, éloigner les camarades(parce que ce n'est pas beau), 17 estiment qu'il faut avertir les parents et supérieurs et essayer d'expliquer aux camarades ce qu'il s'est passé (en démystifiant le côté démentiel précisent 2 réponses).

Fait plus ennuyeux, 16 ne savent pas du tout quelle serait leur attitude devant un cas semblable, 8 insistent sur le fait de rester calme, rassuré, de ne pas dramatiser, 7 enfin alors que cela ne figurait pas dans la question parlent de prendre contact avec le médecin ou l'infirmière. On retrouve un côté standardisé, "administratif" : on a l'impression qu'il faut être couvert vis à vis des parents, des supérieurs, des médecins. Cette attitude se retrouve également chez les médecins qui parce qu'il existe un risque de crise interdisent les sports, les sorties... et perturbent le comportement de l'enfant.

17. 33 estiment qu'il faut avoir à l'égard de l'enfant épileptique, en dehors de ses crises, les mêmes attitudes et les mêmes exigences qu'à l'égard des autres enfants ; "il faut que l'enfant se sente comme les autres" ; 5 estiment qu'ils ne le peuvent pas : "il faut veiller à avoir plus de diplomatie dans les relations mais autant d'exigence sur le plan travail" ; 8 pensent qu'il faut adapter ses exigences en fonction de l'enfant et 3 ne savent pas.

Le fait majeur ressortant de cette enquête est le problème de l'Information concernant cet état qui est peu et mal fait ; le côté dramatique de la crise, le retentissement inévitable sur les facultés intellectuelles, la quasi absence des résultats thérapeutiques sont des facteurs qu'il faut disculper ; il semble indispensable de fournir aux enseignants une information claire, objective, et surtout rassurante.

CHAPITRE III

CONSIDERATION SUR LES POSSIBILITES THERAPEUTIQUES

Les différentes thérapeutiques susceptibles d'être employées dans les troubles du comportement rencontrés chez les enfants épileptiques soulèvent de nombreux problèmes. Nous n'envisagerons pas dans ce chapitre une étude détaillée des différentes médications, mais nous examinerons les principes thérapeutiques qu'il convient de respecter en vue d'améliorer le sort de ces enfants.

Les thérapeutiques à envisager sont de trois ordres : le traitement médicamenteux, le traitement psychologique : la psychothérapie, et le rôle du médecin.

I - Le traitement médicamenteux.

Peut-on soigner les divers troubles du comportement ? Le doit-on et jusqu'où si, un certain balancement des crises et du bon état psychologique du sujet semble indiquer que peut être les médicaments anticonvulsifs ne seraient pas favorables à l'équilibre mental du sujet ? Chez un certain nombre de sujets, à partir du moment où l'on supprime la crise, on aggrave les troubles du caractère et de la personnalité. Il semble que l'épileptique ait besoin de sa crise et si on lui supprime, il faut lui donner des compensations. L'épileptique, d'après STEKEL, se précipite dans sa

crise pour fuir une situation d'angoisse. La fuite dans la crise est un mécanisme de défense contre cette angoisse. La psychanalyse nous permet de comprendre l'angoisse de l'épileptique "qui cherche sa crise et la détente qui suit"... C'est en ce sens que l'on considère la crise comme une forme d'électrochoc spontané, une soupape de sûreté, un moyen de réduction des tensions émotionnelles. En supprimant la crise, nous fermons cette soupape et nous favorisons l'éclosion des troubles du caractère et des troubles de la personnalité.

GIBBS et STAMPS affirment que les troubles du comportement peuvent être exacerbés par des médicaments tels la phénurone. De nombreux auteurs insistent sur la responsabilité des médicaments dans la dégradation des facultés intellectuelles que l'on peut rencontrer dans certaines épilepsies. Pour POND "les facteurs associés à la détérioration intellectuelle et émotionnelle sont la persistance des crises et l'influence des anticonvulsivants". La médication anticomitiale classique semble être un obstacle à la scolarisation des épileptiques.

Ces différentes opinions sont fortement controversées : selon LOVELAND, la thérapeutique n'a aucune action fâcheuse sur les capacités intellectuelles ; c'est dans les types de grand mal que l'intelligence est la plus atteinte. Comme l'intelligence est atteinte par la répétition des crises et que d'un autre côté aucune perturbation ne peut être provoquée par les antiépileptiques, il faut dans toute la mesure du possible aboutir à supprimer les crises au moyen d'une médication antiépileptique pour le maintien de l'intelligence. Le traitement, actif sur les accidents paroxystiques, n'agit pas directement sur les troubles de l'activité intellectuelle qui demeure toutefois meilleure lorsque les crises sont bien contrôlées par la médication. Dans certaines épilepsies accompagnées de troubles caractériels, l'apparition d'une crise amène une amélioration de ceux-ci ; il existe là une inter-action connue mais qui n'est constatée que dans les cas graves de comitialité ; cette notion nous semble fondamentale et il faut distinguer les épilepsies vite stabilisées par un traitement

mineur des épilepsies difficilement équilibrées malgré des doses importantes et des produits anti-comitiaux variés.

Dans des cas déterminés, l'usage des nouveaux médicaments pose l'alternative psychose ou épilepsie (LANDOLT) ; il faut admettre que l'on arrive souvent à des altérations psychiques après la diminution des crises obtenues par médicaments. Dans quelques cas, les médicaments aggravent les cas d'épilepsie ; s'il s'agit d'une forme non équilibrée nécessitant des doses importantes et entraînant des altérations psychiques graves les médicaments anti-convulsifs ne doivent pas être employés. Il faudrait trouver des médicaments moins narcotiques et la maîtrise de ces médicaments est encore loin d'être complète. Le pronostic de cette maladie a été très amélioré depuis 10 ans ; les cas graves sont moins nombreux, mais les cas de troubles du comportement associés sont plus fréquents ; chez des enfants libérés de leur crise, la lenteur a pris le dessus, on peut constater une perte de la vivacité intellectuelle, un manque d'imagination et une diminution d'activité qui chez beaucoup s'estompe quand on réduit les médicaments : on peut citer à ce sujet l'expérience du centre de Toul Ar - c'Hout qui pour lutter contre la "lenteur", principal obstacle à la scolarisation des épileptiques, due à des doses importantes de médicaments, s'est proposé de diminuer le traitement antiépileptique en y adjoignant un traitement de fond à base de calcium, de vitamine A et D, un régime alimentaire équilibré et parfois une psychothérapie : les résultats ont été fort concluants puisqu'en un an, sur 60 enfants, ils ont constaté une augmentation du Q. I. de 9 points (101,0 à 109,9) et une amélioration des troubles du comportement dans plus de la moitié des cas. Le premier principe du traitement médical doit avoir pour règle fondamentale de ne pas supprimer les crises au prix d'un préjudice psychique permanent. On traite s'il existe une relation entre l'état cérébral et les crises, dans la mesure où la multiplication des crises peut conduire à une déchéance intellectuelle. Il faut réduire les crises plus que normaliser le tracé en en laissant subsister quelques-unes plutôt que de plonger l'enfant dans une hébétude profonde sous l'effet de doses massives de barbituriques.

Généralement, le médecin généraliste donne le premier traitement en rapport avec la consultation de spécialiste ; parfois, le malade est admis d'emblée dans un service de pédiatrie ; on distingue alors trois groupes d'enfants : les cas "minimes" vite équilibrés suivis par le médecin traitant et contrôlés de temps à autre par le service de consultation externe de l'Hôpital ; les cas graves et chroniques nécessitant un placement en milieu spécialisé ; un groupe intermédiaire de malades qui pourrait devenir chronique par la fréquence des crises, difficiles à contrôler, et les difficultés psychologiques surajoutées qui requiert un effort thérapeutique maxima.

Notre statistique ne comprend que des malades ayant des crises mineures et bien stabilisées puisque 20 sur 40 n'ont pas eu de crise depuis plus d'un an. Les différentes médications employées restent dans des limites quantitatives raisonnables ; la dose de barbituriques étant de moyenne de 8 cg par enfant et par jour. Nous n'insisterons pas sur les complications propres à chaque variété de médications ; mais nous ne devons pas oublier que la somnolence, la lenteur d'esprit engendrées par les barbituriques peut-être un grave facteur d'inadaptation sociale. Nous avons retrouvé cette "lenteur" chez 23 enfants sur 40. Dans 17 cas sur 23, ces troubles ont nécessité une adaptation de la posologie ou un changement de médicaments. Les enfants ayant les posologies les plus fortes ou l'association de plusieurs variétés de produits sont évidemment ceux dont les crises ne sont pas stabilisées ou ceux qui présentent les troubles du comportement les plus importants.

Nous avons constaté dans 25 cas un état d'excitation avec irritabilité, instabilité et tendance aux colères avec les barbituriques. Cet effet paradoxal peut s'accroître avec les doses et il faut le corriger par un neuroleptique ou remplacer le médicament.

La somnolence souvent observée en début du traitement (24 fois sur 40) finit le plus souvent par disparaître (30 enfants semblent bien supporter le traitement et n'accusent aucun trouble secondaire) . L'interprétation de la famille, souvent portée à mettre sur le compte de la médication les accidents intercurrents, doit être passée au crible.

Les résultats des différentes et nombreuses thérapeutiques médicamenteuses sont, il faut le reconnaître, assez décevants. Deux produits parmi d'autres semblent avoir un rôle manifeste sur certains troubles du comportement et posent ainsi le rôle de la "maladie épileptique" elle-même dans l'origine de ces troubles puisque, indépendamment de l'environnement, on assiste parfois à l'aide de ces médications à une régression de troubles tels la colère ou l'agressivité.

Le carbamazépine (ou Tegretol) est un dérivé de la dibenzo-azépine ; il est proche par sa constitution de l'imipramine (Tofranil) et de l'opipramol (Insidon). Il semble avoir une action anti-convulsivante, antalgique et une action sur les troubles caractériels par un effet sédatif et tranquillisant. Les différentes expérimentations montrent une efficacité particulière dans la régulation de l'humeur, la diminution de l'instabilité, l'apaisement de l'irritabilité, et l'accroissement du rendement scolaire. Il doit être employé à la dose de 2 à 4 comprimés (400 à 800 mg) en plusieurs prises (2 à 3 par jour) ; il est indispensable d'administrer le médicament à posologie très progressive (en respectant par exemple un délai de 3 jours entre chaque augmentation). Le pouvoir anti-convulsivant semble bon dans l'épilepsie psychomotrice ainsi que dans l'épilepsie généralisée ; ce produit permet souvent de décharger la thérapeutique pré-existante, mais il faut signaler l'apparition possible de troubles secondaires représentés essentiellement par une somnolence, des vertiges ou quelques troubles digestifs.

L'acide dépropylacétique (D. P. A.) (ou Dépakine) est un acide gras à chaînes linéaires symétriques ne possédant pas d'atome d'azote, ni

de substituant cyclisé ; il aurait une action cardiozolo-protectrice au niveau du système nerveux central et une action immunostimulante au niveau du système réticulo-endothélial. Il est le médicament de choix de l'épilepsie type petit Mal chez l'enfant. La posologie est de l'ordre de 15 à 30 mg par kilo de poids avec un minimum de 400 mg par jour à prendre en 2 ou 3 prises. Bien que l'interprétation des différentes expérimentations soit assez complexe car le produit est souvent utilisé en association, il semble permettre une meilleure intégration ou participation de l'enfant et parfois un éveil intellectuel avec amélioration sensible du travail scolaire (dans environ 30 % des cas). Il faut noter certains troubles secondaires : la somnolence (qui pouvait être due à l'adjonction assez fréquente de barbituriques), les troubles digestifs à type d'anorexie, de vomissements et parfois une intolérance générale entraîne l'arrêt du traitement.

Le traitement médicamenteux doit obéir à un certain nombre de principes qui sont impératifs ; il ne doit être entrepris qu'après avoir formellement éliminé une épilepsie secondaire à une lésion expansive ou à une malformation vasculaire (dans le cas des épilepsies focales) ; il doit être ininterrompu, pris quotidiennement par le malade sans omission ; il doit s'accompagner de règles hygiénodiététiques certaines telles une nourriture dépourvue d'excitants, (c'est-à-dire sans alcool ni épices alors que le café peut dans une certaine mesure avoir des effets bénéfiques comme antidote de la somnolence entraînée par les barbituriques), un sommeil suffisant, mais qui ne doivent en aucun cas être contraignantes pour le malade ; il doit en outre s'inscrire dans un contexte "social" déterminant en ce qui concerne les relations entre le malade et sa maladie, les relations avec le milieu et l'environnement.

II - La psychothérapie.

Les théories psychanalytiques nous ont montré que ce n'est pas seulement des événements localisés, mais toute la vie affective du sujet

qui influe sur le cours de sa maladie. En plus des émotions soudaines, une période prolongée de tension anxieuse peut déclencher les troubles (GOWERS), mais le processus essentiel de la maladie reste étranger aux investigations psychanalytiques ; l'efficacité de la psychothérapie n'est pas un argument suffisant pour écarter l'hypothèse d'une lésion cérébrale ; l'essai d'articuler les résultats des recherches psychanalytiques à la notion d'épilepsie essentielle ou la notion d'une épilepsie psychogénique ne paraissent guère probants. Si l'on raisonne dans l'abstrait, l'épilepsie fonctionnelle n'est pas une absurdité puisque le cerveau sain peut faire une crise comitiale dans certaines circonstances, par exemple sous l'effet d'un choc électrique ; cette conception ne se limiterait pas aux facteurs affectifs, mais devrait fatalement englober les autres facteurs exogènes de déclenchement. La distinction entre épilepsie organique et psychogène nous mènerait à celle plus vaste entre épilepsie endogène et exogène ; mais il faudrait prouver que cette dernière existe. Les méthodes d'investigation actuelles mettent de plus en plus en valeur des troubles cérébraux qui resteraient insoupçonnés. Il reste une marge celle de l'épilepsie "cryptogénique" où l'influence de la prédisposition héréditaire est loin d'être évidente ; mais on ne peut établir une étiologie par un simple procédé d'exclusion et on ne peut pas dire que l'épilepsie psychogène soit une conception scientifiquement prouvée.

Pour HOBBALAH "derrière ces crises, il y a un phantasme sous-jacent, et ce phantasme, souvent est ce lui de la scène primitive " de ce fait les psychothérapies entreprises au centre Saint-Charles de Marseille, chez des enfants ayant un petit mal, n'aurait pas connu d'échecs...

Mais ce phantasme, est-il capable de constituer l'argument traumatique, source d'une épilepsie, ou du moins d'une crise d'épilepsie ? On pourrait lui rétorquer avec KOUERNIK, que la scène primitive, c'est-à-dire le coût parental aperçu, ou phantasmé par l'enfant est trop longuement partagé par tous, pour être à lui seul un argument explicatif convaincant.

Parfois, les sentiments de culpabilité sont inconscients chez la mère et font partie d'une élaboration pathologique sous la forme de réactions affectives sérieuses ou même de structuration névrotique, par exemple anxieuse ou obsessionnelle ; elles interviennent alors dans la relation avec l'enfant et peuvent indiquer le recours à une psychothérapie en profondeur.

La psychothérapie, souvent considérée comme un adjuvant, est admise par un grand nombre d'auteurs non - psychanalystes ; elle peut en particulier rendre sensibles à l'action médicamenteuse des malades qui, jusqu'alors, étaient réticents à tout traitement. PENFIELD admet que les émotions jouent un rôle dans la genèse de l'épilepsie, que la psychothérapie est utile comme traitement adjuvant, mais il constate que le mode d'action de ces facteurs reste obscur. La psychothérapie détermine souvent une nette amélioration parfois même une guérison clinique, ou permet de baisser considérablement les doses d'anticonvulsivants. Il s'agit ordinairement de psychothérapie plus ou moins brève, visant surtout à analyser la situation actuelle, comportant une direction active de la part du psychothérapeute et une action parallèle sur le milieu familial ou scolaire ; la psychanalyse complète est peu employée, bien que, selon COBB, elle serait la plus efficace.

III - Le rôle du médecin.

La condition première doit être de rétablir au jeune épileptique une vie aussi normale que possible en sachant que chaque cas pose un problème particulier. L'attitude du médecin face à l'épilepsie est fondamentale. Si l'épilepsie a souffert de multiples préjugés, c'est peut être parce que les médecins ont pensé que c'est une condition sans espoir et intraitable...

Le premier but du traitement est le contrôle des crises aussi

parfait que possible et à ce seul point de vue transparait déjà l'action psychologique du médecin. Le traitement est, en effet, une lourde sujétion : il nécessite un choix et des essais successifs, donc une période d'adaptation parfois longue et une discipline rigoureuse dans l'administration des drogues réparties dans la journée ; ce traitement doit être enfin poursuivi durant des années, parfois toute la vie. Sur 40 cas, nous avons noté un changement important de la posologie dans 30 cas, et un changement de médicaments 10 fois sur 40 ; c'est dire l'importance des essais avant d'obtenir une stabilisation et dans 20 cas sur 40, cette stabilité était fort précaire.

Ces divers impératifs nécessitent de la part de la famille et de l'enfant une compréhension et une confiance absolue envers le médecin. Le médecin devra s'adapter au niveau socio-culturel de la famille pour distinguer ceux qui seront les plus aptes à contrôler le traitement. Il n'y a pas de traitement possible si la famille n'a pas une compréhension suffisante de la maladie.

Les oublis dans l'administration des médicaments, les fantaisies, les arrêts intempestifs sont une cause fréquente et souvent méconnue dans l'échec du traitement.

Ils révèlent en réalité bien souvent le refus d'accepter la maladie. On est frappé par le nombre d'abandons de la thérapeutique au cours de l'adolescence. Sur 9 adolescents âgés de 14 à 19 ans, nous avons constaté que 4 sur 9 avaient renoncé ou plus souvent pris de façon très irrégulière (c'est-à-dire après une nouvelle crise) leurs médicaments. Le quart des mamans nous ont spontanément demandé, au cours des entretiens si on allait arrêter bientôt la thérapeutique, beaucoup aiguaient que leur enfant n'ayant plus de crise, était guéri. L'attitude du médecin est fondamentale. Il doit viser dès le premier contact à faire admettre, puis assumer la maladie, tant par l'enfant que par son entourage. Plus qu'une simple coopération, une

véritable relation est nécessaire. Non seulement, une explication circonstanciée, mais souvent une attitude ou une simple réflexion trouveront en eux une résonnance profonde : chez ces parents inquiets et cherchant un espoir, chaque mot du médecin est primordial. Au cours des visites à domicile chez les parents d'enfants épileptiques que nous avons effectuées, nous avons eu la surprise de rencontrer 14 fois sur 40 les deux parents ; ces visites ont été faites l'après-midi et la moitié du temps, le samedi ; c'est dire le nombre de pères qui se sont libérés de leurs occupations professionnelles pour être présents à l'entretien.

La première attitude est l'horreur et souvent la réfutation ; il est demandé au médecin du tact et de la sympathie. L'idée générale que l'épilepsie est une maladie honteuse, une flétrissure est souvent primordiale dans l'esprit des parents. Les parents sont très souvent intrigués par l'étiologie des crises et cherchent à se disculper "ma fille est épileptique mais je ne bois pas"... ou encore cette chatelaine, très femme du monde, mère d'une petite fille de 5 ans, Laurence V.. qui a fait 3 crises occulogyres et qui conserve un tracé électrique très altéré typique de comitialité : "ma fille a fait une crise de tétanie oculaire à la suite d'un vaccin (le D. T. polio) de telle sorte qu'elle n'a eu, de même que mes autres enfants, aucun autre vaccin depuis"...

Il convient de dire qu'il n'y a aucune raison que l'épilepsie soit une honte et que c'est une maladie ne différant pas dans ses implications sociales d'une autre tel le diabète qui nécessite également un traitement continu et adapté. On doit d'emblée leur dire qu'ils n'ont rien fait et n'ont contribué en rien au développement de l'épilepsie et qu'ils ne doivent pas considérer qu'il s'agit d'une "punition de leurs péchés".

Le terme Epilepsie contient encore une charge émotive importante qu'il convient de ne pas asséner trop brutalement à une famille. Obligé d'avouer au père d'une comitiale, dans la crainte de voir le traitement inter-

rompu, la nature et la maladie de sa fille, KOUPERNIK n'a pu éviter le meurtre quinze jours plus tard de la fille par le père suivi d'un suicide de ce dernier. Faut-il révéler la maladie à l'entourage ? On est surpris au cours de certains entretiens de ne pas prononcer le terme "Epilepsie" ; les confusions de terminologie délibérées entre Convulsion et Epilepsie sont fréquentes. "On avait cru au début qu'il s'agissait de crises d'épilepsie, mais heureusement c'est des convulsions", nous disent des parents. Certains médecins cachent le terme Epilepsie et en emploient d'autres... Cela semble être un mauvais procédé, car le mot épilepsie est connu ; les parents risquent de le savoir par une autre source et être davantage perturbés. Si on ne peut pas l'expliquer clairement, on peut dire par exemple, qu'il s'agit de crises ressemblant à des crises convulsives dont on ne connaît pas la cause, alors que des crises convulsives dont on connaît la cause : hypoglycémie, hypocalcémie, tumeurs cérébrales sont quelquefois plus graves. Il ne faut pas oublier que le malade ou sa famille, ne serait-ce que par l'emballage des médicaments où le terme épilepsie figure toujours, saura tôt ou tard la nature de sa maladie ; il est donc préférable de le lui expliquer dès la seconde crise au plus tard.

Il semble primordial que le médecin avec une attitude patiente et de façon itérative essaye d' "expliquer" à la famille les tenants et aboutissants de la maladie. Les conseils, les directives doivent être précis ; l'expérience prouve que si l'on a expliqué aux parents le plan du traitement, ils ne se découragent pas trop facilement.

On a vu précédemment le rôle des interdits sur les troubles du comportement de l'enfant : trop de médecins interdisent de façon trop arbitraire des sports dits dangereux tels la natation ou le vélo ; ils résolvent de façon fort sécurisante le dilemme : avoir un risque de crise avec une vie normale ou avoir des troubles du comportement engendrés par les multiples interdits ! le médecin ne prend pas le temps d'expliquer les nuances

propres à chaque cas d'enfant et renforce comme nous l'avons vu les tendances des mères souvent anxieuses à surprotéger leur enfant. Dans le cas d'une épilepsie bien équilibrée, rien n'empêche un adolescent de pratiquer la natation "s'il n'est pas seul", ou de faire du vélo "dans le jardin"; ces petits détails ont leur importance en ce qui concerne l'adaptation sociale de l'enfant. Il ressort de notre enquête que trop de médecins généralistes se déchargent sur le spécialiste et ne modifient jamais les doses même en cas d'instabilité ; ils sont par ailleurs, beaucoup trop surchargés de travail pour s'occuper de façon efficace et précise des problèmes d'adaptation sociale de ces enfants. Les médecins scolaires eux, quand ils voient l'enfant, ne l'envoient que très rarement chez un spécialiste pour effectuer un bilan alors qu'aucun électroencéphalogramme n'a été fait quelquefois depuis plusieurs années. Nous devons avoir une conscience claire du rôle du médecin dans les divers aspects de l'adaptation dont nous avons parlé précédemment : le milieu familial, le milieu social, l'école, et le choix professionnel.

CONCLUSIONS

L'épilepsie reste pour une grande majorité du public une maladie terrifiante et mystérieuse, entraînant un sentiment de rejet engendré par la crainte.

Les troubles caractériels sont rencontrés dans un grand nombre de cas, et certains auteurs ont parlé de "personnalité épileptique".

Pour réaliser ce présent travail, nous avons choisis 40 enfants épileptiques ayant un Q. I. normal ou sub-normal (la moyenne étant de 99,9) répartis en 2 groupes de 20 selon la constation ou pas, de troubles du comportement, Nous avons revu chaque enfant en présence de leurs parents dans leur contexte familial.

Les facteurs organiques et génétiques ne sont pas significatifs dans la genèse des troubles du comportement et se retrouvent à la même fréquence dans les 2 échantillons.

Les facteurs sociaux et culturels, c'est-à-dire l'environnement de ces enfants, semblent prépondérants. L'environnement matériel est plus médiocre chez les enfants ayant des troubles du comportement : 6 habitations sont médiocres (1 dans le second échantillon), 9 pères de famille ont une situation située en bas de l'échelle sociale (5 dans le second échantillon) ; 2 parents lisent (6 dans le second échantillon) ; 7 parents sont éthyliques (1 dans le second échantillon) ; les enfants sont issus de familles nombreuses : 5 enfants de moyenne (3 dans le second échantillon) ; 7 enfants ont connu plus de 2 déménagements et ont un type de vie dit nomade (4 dans le second échantillon). L'environnement affectif est lui aussi significatif puisque parmi les enfants ayant des troubles du comportement,

10 n'étaient pas désirés (9 dans le second échantillon) ; dans 12 cas, l'entente parentale est moyenne ou mauvaise (4 dans le second échantillon) ; 5 pères sont absents de la maison (3 dans le second échantillon) ; l'attitude de la mère est souvent pathologique oscillant entre la surprotection et le rejet de son enfant; La surprotection rencontrée chez 10 mères se manifeste par des interdits qui renforcent l'anxiété de l'enfant, fragilisent sa personnalité en lui inculquant des notions d'irresponsabilité. Le rejet rencontré dans 8 cas (3 dans le second échantillon), est amené, entre autres, par un sentiment de culpabilité des parents et peut se manifester de façon plus subtile par une compassion démonstrative.

L'adaptation à la vie sociale est conditionnée par les Interdits en matière de sports, de loisirs, de colonies de vacances et mouvements de jeunes qui peuvent entraîner une frustration de l'enfant et amener des troubles du comportement.

Il ne semble pas exister de "Personnalité Epileptique" typique et stéréotypée ; il n'en reste pas moins vrai que les enfants épileptiques ont une tendance à la colère, à l'agressivité, parfois à la lenteur, voire à la viscosité, et que l'on rencontre un fort contingent d'enfants anxieux ayant notamment des troubles du sommeil. L'instabilité et les variations d'humeur sont prépondérantes chez ces enfants ; dans l'interprétation des troubles du comportement, il faut faire intervenir de nombreux facteurs tels l'âge, le sexe, la notion de stabilisation ou pas, des crises...

L'adaptation scolaire est souvent fort mauvaise et les enfants, bien qu'ils aient un Q.I. normal, ont en moyenne 17 mois de retard scolaire par rapport aux enfants de leur âge. Il y a rejet de l'école rarement par l'école elle-même, mais beaucoup plus souvent par la famille qui "ne voulant pas forcer" l'enfant, multiplie son absentéisme ; ceci explique la discrimination de l'enfant par rapport à ses camarades et l'ina-

daptation scolaire. Le vécu de l'enfant à l'école confirme son sentiment d' "être à part" vis à vis des camarades et du maître chez qui on retrouve trop fréquemment une attitude trop répressive ou démissionnaire.

Dans certains cas graves de troubles de comportement les Institutions spécialisées sont d'un intérêt majeur.

L'orientation professionnelle de ces enfants dépend en grande partie du médecin. Il faut insister sur le rôle du médecin qui pour arriver à un contrôle des crises aussi parfait que possible doit, en s'adaptant au niveau socio-culturel de la famille, faire admettre, puis assumer la maladie, tant par l'enfant que par son entourage. Plus qu'une simple coopération, une véritable relation est nécessaire. Nous devons avoir une conscience claire du rôle du médecin dans les divers aspects de l'adaptation : au milieu familial, au milieu social, à l'école et au choix professionnel.

Les troubles du caractère et de la mentalité des enfants épileptiques procèdent à la fois de perturbations organiques et psychogénétiques. Dans l'aspect organique, le caractère épileptique est soit un trouble primaire de détermination organique ou génétique, soit un trouble organique mais non d'essence comitiale correspondant à un traumatisme cérébral, à une hypervagotonie, à un type déterminé de constitution corporelle, à une altération d'une structure cérébrale telle des arrêts de myélinisation... Quant à l'aspect psychogénétique, le caractère épileptique est dû aux expériences pathologiques que sont les troubles mentaux paroxystiques, aux perturbations qu'entraîne une maladie chronique dans les relations familiales et sociales, et aux perturbations affectives conscientes et inconscientes. L'interprétation des troubles du comportement s'appuie sur l'étude aussi complète que possible de ces deux composantes qui nous paraissent difficilement dissociables.

Dans cette optique, il ressort d'une enquête faite chez des enseignants qui devraient être les gens les plus sensibilisés et les plus concernés par ces problèmes, que l'information est peu et mal faite ; le côté dramatique de la crise, le retentissement inévitable sur les facultés intellectuelles, la quasi-absence des résultats thérapeutiques sont des facteurs qu'il faut disculper ; il semble indispensable de fournir aux enseignants une information claire, objective et surtout rassurante.

Le traitement médicamenteux répond à des critères stricts ; parmi d'autres, deux médications : la carbamazépine et l'acide dipropylacétique ont une action sur certains troubles du comportement puisque, indépendamment de l'environnement, on assiste parfois à l'aide de ces médications à une régression de troubles tels la colère ou l'agressivité.

TABLE DES MATIERES

	pages
<u>Première partie</u> : INTRODUCTION	
HISTORIQUE ET EVOLUTION DES IDEES	2
1) Définition	
2) Historique	
3) Evolution des idées.	
 <u>Deuxième partie</u> : NOTRE ETUDE, SES METHODES, SON OBJET	 8
I - OBJET DE L'ETUDE	9
1) Questionnaire	
2) Age, Sexe, Recul, Critères, Q. I.	
II - METHODE D'APPROCHE : LE NIVEAU INTELLECTUEL LE PROBLEME DU Q. I.	 16
 <u>Troisième partie</u> : Analyse des composants	 21
I - FACTEURS ORGANIQUES ET GENETIQUES	22
1) Facteurs organiques	
2) Facteurs génétiques.	
II - FACTEURS SOCIAUX ; L'ENVIRONNEMENT	27
I - L'environnement matériel.	28
1/ L'habitat	
2/ La profession du père	
3/ Lectures des parents	
4/ Notion d'éthylisme dans la famille	
5/ Notion de famille nombreuse	
6/ Le type de vie.	

	pages
II - L'environnement affectif.	30
1/ Notion de grossesse désirée ou pas	
2/ Notion de divorce	
3/ L'entente parentale	
4/ Présence du père et de la mère à la maison	
5/ Attitude de la mère :	
a/ la surprotection	
b/ le rejet	
6/ Attitude du père	
7/ Attitude de la fratrie	
III - Adaptation De l'enfant à la vie sociale	40
- le sport	
- les loisirs	
- les mouvements de jeunes	
- les colonies de vacances	
IV - Personnalité de l'enfant. Les troubles du comportement proprement dits.	46
1/ Y a-t-il une Personnalité Epileptique ?	
2/ La colère, l'agressivité : le syndrome hyperkinétique	
3/ La viscosité : le syndrome énéchétiq.	
4/ L'instabilité et les variations d'humeur	
5/ Les troubles neurologiques	
6/ L'anxiété	
7/ Les troubles du comportement en fonction de l'âge, du sexe, du Q.I., de la stabilisation ou pas des crises.	
V - Les Problèmes scolaires	60
1/ La cause des difficultés.	
- les phénomènes épileptiques	
- les conditions neurologiques ou psychologiques associées.	

2/ le rejet de l'école.

- par l'école

- par la famille

3/ Le vécu de l'enfant épileptique à l'école

4/ L'attitude du maître

- doit-il être prévenu ?

- qu'elle doit être son attitude ?

5/ Le problème des Institutions Spécialisées.

VI - L'orientation professionnelle

73

1/ L'avenir professionnel

2/ Le rôle du médecin.

Quatrième partie : ESSAI DE SYNTHÈSE DE LA QUESTION

77

I - ESSAIS D'INTERPRÉTATION DU CARACTÈRE ET DE LA MENTALITÉ DES ÉPILEPTIQUES

78

1/ L'aspect organique

- le caractère épileptique est un trouble primaire

- le caractère épileptique est un trouble de détermination organique, mais non d'essence comitiale.

2/ L'aspect psychogénétique

- Les troubles psychiques épileptiques en tant qu'expérience mentale pathologique.

- Perturbations secondaires aux troubles dans les relations familiales et sociales.

- L'aspect psychanalytique.

II - RETENTISSEMENT ACTUEL DE L'ÉPILEPSIE. ENQUÊTE CHEZ DES ENSEIGNANTS. DEMYSTIFICATION

89

	pages
III - CONSIDERATION SUR LES POSSIBILITES THERAPEUTIQUES	98
1/ Le traitement médicamenteux	
2/ La psychothérapie	
3/ Le rôle du médecin	
CONCLUSIONS	110
TABLE DES MATIERES	115
BIBLIOGRAPHIE	I

BIBLIOGRAPHIE

1 - ASPERGER H.

Soziale probleme bei epeleptischen Kindern.

Arch. Kinderhk. Sept. 1961 183, n° 3, 196-200.

2 - BACQUET L.

Avenir scolaire des enfants ayant eu des convulsions.

Thèse Toulouse, 1967, n° 74.

3 - BALLA J. I.

The rehabilitation of epileptics.

Med. J. Australia 9 mars 1968, 55, n° 10, 386-389.

4 - BERTAGNA L.

Le problème professionnel des jeunes épileptiques.

Rev. Neuropsychiat. infant. Nov.Déc. 1958, 6, n° 11-12, 497-502.

5 - BING R.

Einige Bemerkungen zur Frühgeschichte der Epilepsie.

Schweizen Archiv. . Fur Neuro-psychiat. Zurich, °1955, vol. 76.

6 - BLETTERY C.

Les troubles de l'écriture et du langage écrit chez l'enfant épileptique.

Thèse Paris 1963, n° 533.

7 - BOUCHARLAT J., SALOMON C., ANDREY J. F. et CHATEAU R.

Etude de la personnalité de l'enfant épileptique.

J. Méd. Lyon 5 et 20 juil. 1969, 50, n° 1168-1169, 1121-1132.

8 - BRADY J. P.

Epilepsy and disturbed behaviour.

J. Nerv. Ment. Dis. Mai 1964, 138, n° 5, 468-473.

9 - CARETTE J.

Contribution à l'étude de l'enfant épileptique et de son devenir.

Thèse Lyon 1960, n° 241.

10 - CASTAIGNE P., LAPLANE D. KOURILSKY F.

Aspects médico-sociaux de l'épilepsie.

Arch. Mal. Prof. nov. 1961, 22, n° 11, 599-609.

11 - CAVAZZUTI G. B.

Problemi di metodo nell' assistenza agli epilettici nell' infanzia.

Minerva. med., 7 juil 1969, 60; n° 54, 2653-2655.

12 - CHAUDRY M. R. , POND D. A.

Mental deterioration in epileptic children.

J. of. Neurol. Neurosurg. Psychiat. Août 1961, 24, n° 3, 213-219.

13 - CLEMENT L.

Etude du Tégrétol au cours des troubles caractériels chez l'enfant et chez l'adulte.

Actualités psychiat. n° 1, janv. Fév. 1972.

14 - DELMAS R.

L'orientation professionnelle des jeunes épileptiques.

Rev. Neuropsychiat. inf. Mars. Avril 1963, 11, n° 3-4, 189-196.

15 - DOOSE M., SCHEFFNER D.

Über die Beziehungen zwischen Absencen, psychomotorischen und fokalen Anfällen.

Arch. für Psychiat. und Zeitschrift, 1966, 206, n° 4, 504-524.

16 - DIJON M.

Placement pour enfants épileptiques.

Semaine méd. (suppl. sem. Hôp. Paris), 25 mars 1962, 38, n° 7, 286-287.

17 - DUGAS M.

Problèmes psychologiques et scolaires des enfants épileptiques.

Vie Méd. (enquête), juin 1967, 48, 881-884.

18 - ESPINOSA J. C.

Tégretol dans les troubles du caractère et du comportement chez les enfants et adolescents épileptiques.

Med. Campagne 7, 9, 1972.

19 - ESTELA L. E.

Breve estudio del aspecto psicosocial de la epilepsia.

Rev. Cuerpo. Méd., Déc. 1965, 4, n° 4, 473-477.

20 - FAVEL P.

Expérience de reclassement des épileptiques en internat.

Semaine Méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), 20 nov. 1959, n° 43, 1044-1045.

21 - FREUDENBERG D.

Reaktive störungen bei epileptischen Kindern.

Bibl. Psychiat. Neurol., 1968, n° 135, 1-116.

22 - GASTAUT M. - MORIN G., LEFEVRE N.

Etude du comportement des épileptiques psycho-moteurs dans l'intervalle de leurs crises : les troubles de l'activité globale et de la sociabilité.

Ann. Médico. Psychol. janv. 1955, 1, n° 1, 1-27

23 - GRASSET A.

L'expression par le dessin et la peinture chez une jeune épileptique.

Hygiène mentale, Nov. Déc. 1965, 54, n° 6, 209-216.

24 - GRASSET A.

Problèmes psychologiques des enfants épileptiques vivant en institution.

Rev. Neuropsychiat. Inf. Juil. Août 1970, 18, n° 7-8, 577-583.

25 - GRUNBERG F., POND D.A.

Conduct disorders in epileptic children.

J. of. Neurol. Neurosurg. Psychiat. Fév. 1957, 20, n° 1, 65-68.

26 - GUILLERE J.

Contribution à l'étude des manifestations confusionnelles et des troubles du comportement chez les épileptiques.

Thèse Toulouse. 1969, n° 111.

27 - HALSTEAD M.

Abilities and behaviour of epileptic children.

J. Mental. Science. Janv. 1957, 103, n° 340, 28-47.

28 - HENRIKSEN G.F.

Treatment and social aspect of epilepsy.

Acta psychiat. Neurol. Scand 1961, 36, suppl. 150, 150-165.

29 - HEUYER G.

Le problème médico-social de l'épilepsie infantile.

Sem. Hôp. Paris, 10 Sept. 1950, 26, n° 67, 3559-3562.

30 - HILL D.

Troubles psychologiques intercritiques chez les épileptiques.

Revue Neuro., Colloque de Marseille, Déc. 1956.

31 - JANZ D.

Epilepsie ambulant abs Institution.

Deutsche med. Wschr., 6 juil. 1962, 87, n° 27, 1385-1387.

32 - JAY M.

Les réalisations médico-sociales pour les épileptiques en France
et à l'étranger.

Rev. Neuropsychiat. Infant. Nov.-Déc. 1958, 6, n° 11-12, 532-540.

33 - KEATING L. E.

Epilepsy and behaviour disorder in schoolchildren.

J. Ment. Sc., Janv. 1961, 107, n° 446, 161-180.

34 - KERFRIDEN P. - KERFRIDEN M. - LARZUL B. - LECASBLE R. -
ARFEL G.

Le problème de la scolarisation des enfants épileptiques. L'expérience
du centre de Toul-Ar-C'Hout. 1959-1965.

Presse Méd., 19 Mars 1966, 74, n° 14, 711-714.

La scolarisation des enfants épileptiques. Etude Longitudinale portant
sur 32 enfants du centre de Toul-Ar-C'Hout ayant subi avec succès
des examens scolaires en 1965 et 1966.

Presse Méd. 22-29 juil. 1967, 75, n° 34, 1751-1753.

36 - KETZ E.

Sozialproblematik und psychopathologie bei Epilepsie.

Schweiz. Rundschau Med, 3 mars 1970, 59, n° 9, 327-333.

37 - KOUPERNIK C. - AICARDI D. - HOBALLAH - SOULAYROL R.

Les troubles psychologiques de l'épileptique jeune.

Concours Méd., 1 Mars 1969, 91, n° 9, 1719-1727.

38 - KREINDLER A. - VOICULESCO V. - BROSTEANO R. - IONASESCO V.

Considérations sur les troubles psychiques intermittents des épileptiques.

Revue Neuro. Colloque de Marseille Déc. 1956.

39 - KREISLER L.

Les facteurs socio-affectifs dans le caractère et l'adaptation de l'enfant épileptique.

Méd. Infantile, n° 10, Déc. 1964. 665-670.

Les troubles du caractère et la personnalité de l'enfant épileptique.

Méd. infantile, N° 10, Déc. 1964, 653-663.

41 - LAFON R.

Aspects médico-sociaux de l'épilepsie de l'enfant et de l'adolescent.

Thèse Montpellier, 1957, N° 51.

42 - LAMACHE A. - GASTAUT H. - DAVOST P.H.

Des colonies de vacances pour enfant épileptique .

Leur intérêt médical, psychologique et social dans la lutte contre l'épilepsie.

Bull. Acad. Nat. Med., 19 fév. 1957, 121, n° 7 et 8, 134-137.

43 - LANG F. - JOSSE G. - DUCAMP J.

Résultat d'une expérimentation du dipropyl acétate de sodium dans l'épilepsie de l'enfant.

Congrès de Psychiat et de Neuro. de langue française. 4-9 juil. 1967.

44 - LANG J. L.

Problèmes législatifs posés par les mineurs épileptiques.

Rev. Neuropsychiat. infant., Nov-Déc. 1958, 6, N° 11-12.

45 - LAPLANE D.

Manifestations psychiques des crises d'épilepsie.

Rev. Praticien, 1 nov. 1968, 18, n° 28, 4149-4155

46 - LAVIE L. J. C.

Le comitial dans son aspect médico-social.

Thèse Paris 1958, n° 745.

47 - LECHNER H.

Zur rehabilitation der Epilepsie.

Wein. med. wschr, 21 sept. 1963, 113, n° 38, 693-697.

48 - LEMPP R.

Die Schulleistungsfähigkeit epileptischer Kinder und ihre körperlichen und soziologischen Bedingungen.

Deutsche Med. Wsch., 20 Mars 1970. 95, n° 12, 629-633.

49 - LENNOX W. G. - MARKHAM Ch.H.

The sociopsychological treatment of epilepsy.

J. A. M. A., 29 Août 1953, 152, n° 18, 1690-1694.

50 - LENOEL Y.

Troubles caractériels chez l'enfant épileptique.

Genie Méd., sept. 1964, n° 203, 13-20.

51 - Troubles du caractère chez l'enfant épileptique.

Genie méd., Oct. 1964, n° 204, 25-28.

52 - LIVINGSTONE S.

The social management of the epileptic child and his parents.

J. of Ped., Août 1957, 51, n° 2, 137-145.

53 - MAIRLOT F.

Observations cliniques sur l'effet de l'acide dipropylacétique dans les manifestations épileptiques et caractérielles.

Neuro. Psych. infantile, n° 3, Mars 1970.

54 - MANIGAND G.

Les réactions médico légales au cours de l'épilepsie infantile et juvénile.

Rev. Neuropsychiat. Infant., Nov. Déc. 1958, 6, n° 11-12, 478-484.

55 - MARTIN B.

Les colonies de vacances pour enfants épileptiques.

(l'expérience du Plovier à Saint-Marcel les Valence, Drôme).

Lyon méd., 13 oct. 1963, n° 41, 646.

56 - MARTIN F.

Le reclassement social des épileptiques en Suisse. Problèmes théoriques et réalisations pratiques.

Semaine méd., 30 Mai 1959, 35, n° 20, 549-553.

57 - MATTHES A.

Psychische Veränderungen bei Kindlichen Epilepsien.

Nervenarzt. Janv. 1961, 32, n° 1, 2-7.

58 - MICHAUX L.

Le problème médical et social de l'épilepsie infantile et juvénile.

Revue Neuropsychiat. infant., 1958, 11-12, 447

59 - Les processus affectifs réactionnels des adolescents épileptiques face à leur infirmité.

Arch. Franç. Péd., 1954, 11, n° 3, 86-89.

60 - MICHAUX L. - COUVREUR J.

Données du test de Rorschach dans l'épilepsie infantile et juvénile.

Arch. Franç. Péd., 1954, 11, n° 4, 406-408.

61 - MICHAUX L. - MOOR L.

De la valeur du quotient intellectuel des épileptiques.

Importance de la notion d'obtusion mentale en psychologie, en pédagogie et en médecine légale.

Arch. Franç. Péd., 1958, 15, n° 7, 952-955.

62 - MIRIBEL J.

Les problèmes médico-pédagogiques de l'enfant épileptique.

Méd. Infantile. N° 10. Déc. 1958.

63 - MIRIBEL J. - MARINIER R.

Problèmes psychologiques des enfants épileptiques vivant en institution.

Rev. Neuropsychiat. Inf., juill Août 1970, 18, n° 7-8, 571-576.

64 - MOAMAI N.

La personnalité épileptique.

Laval Med., av. 1967, 38, n° 4, 356-358.

65 - MUFFIELD E. J. A.

Psychiatric aspects of childhood epilepsy.

J. Ment. Sc., Mai 1961, 107, n° 448, 438-458.

66 - MULDER D. W.

Diagnostic tests social adjointment and classification of epileptic seizures.

Proc. Staff. Meet. Mayo. Clin., 1er Oct. 1958. 33, N° 20, 467-474.

67 - NAYRAC P.

Problèmes sociaux de l'épilepsie.

Bull. Acad. Nat. Méd., 1966, 130, n° 19-20, 338-341.

68 - NAYRAC P. - GERVOIS M. - FRIART P. - PARQUET P. J.

Une enquête médico-sociale sur la scolarisation des épileptiques.

Bull. Acad. Nat. Méd., 1970. 134, n° 9-10, 201-204.

69 - NUFFIELD E. J. A.

Psychiatric aspects of childhood épilepsy.

Med. J. Australia. 3 Août 1957, 2, N° 5, 158-161.

70 - OLIVEROS R. G.

Rehabilitation of epileptic.

Hôpital, Mai 1964, 65, n° 5, 1067-1071.

71 - ORTOLEVA V.

L'epilessia nell 'infanzia del punto di vista sociale.

Pediatria, 1967, 65, n° 6, 1006-1014.

72 - PETERMAN M. G.

Behaviour in epileptic children.

J. Pediat., 1953, 42, 758.

73 - POCH G. F.

Fenomenologia Psiquica y epilepsia.

Prensa. Méd. Argent., 24 Oct 1958, 45, n° 43, 3407-3420.

74 - POND D. A.

Psychiatric aspects of epileptic children with braindamaged.

Brit. Med. J., 25 nov. 1961, n° 5264, 1377-1382.

Psychiatric aspects of epilepsy in childhood.

J. Ment. Sc, 1952, 98, 404.

76 - POND D. A. - BIDWELL B.

Behaviour disorders in epileptic children.

Brit. Med. J., 1954, 2, 1520.

77 - REYMOND E.

L'établissement pour enfants épileptiques rééducables du "Plovier"
à St-Marcel les Valence. (Résultats statistiques de trois années
de fonctionnement).

Thèse Lyon, 1957, n° 186.

78 - RONDEPIERRE J.

Troubles caractériels de l'enfant et épilepsie.

Rev. Praticien, 11 oct. 1951, 1, n° 2, 110-114.

79 - ROUMAJON Y.

Quelques aspects psychiques de l'épilepsie chez l'enfant.

Med. Infant., Déc. 1958, 65, N° 10, 39-44.

80 - RUE J.

L'enfant épileptique et ses problèmes médico-sociaux.

Thèse Lyon, 1958, n° 116.

81 - SALBREUX R.

Sur les formes psychiques frustrées de l'épilepsie infantile.

Thèse Paris, 1951, n° 854.

82 - SAUGUET H.

La mise au travail des jeunes épileptiques.

Rev. Neuropsychiat. Infant., nov. Déc. 1958, 6, n° 11-12
485-492.

83 - SAUGUET H. - DELAVELEYRE R.

Rôle des facteurs psychiques dans les convulsions infantiles
et les paroxysmes épileptiques au cours de l'enfance et de
l'adolescence.

Ann. Méd. Psychol., Déc. 1956, 2, n° 5, 760-827.

84 - SCHORSCH G.

Zur epileptischen Wesensänderung.

Nervenarzt. Nov. 1969, 40, n° 11, 521-528.

85 - SMITH W. L., PHILIPPUS M. J., GUARD H. L.

Psychometric study of children with learning problems and 14/6
positive spike E. E. G. patterns, treated with ethosuximide
(Zarotin) and placebo.

Arch. Dis. Child., oct. 1968, 43, n° 231, 616-619.

86 - SOREL L.

Le problème social de l'épilepsie.

Acta Neurol. Psych. Belg., Août 1955, 55, n° 8, 655-661.

87 - STROTZKA H.

Psychologische probleme der Epilepsie.

Schweiz, Arch. Neurol, Psychiat., 1955, 76, n° 1-2, 375-379.

88 - TALON J.

Contribution à l'étude de l'intelligence chez les épileptiques.

Rev. Psychol. Appel., Paris 1953, 3-3, 283.

89 - TCHICALOFF M. - PENNETTI F.

Résultats thérapeutiques d'un nouvel anti-épileptique : le tegretol.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Nov. 63.

90 - TELLEZ A.

Die epileptische Wesensänderung.

Nervenarzt. Fev. 1967, 38, n° 2, 49-55.

91 - TRIDON P. - PERNOT C. - KISSEL P.

Devenir professionnel d'un groupe d'épileptiques suivis dans une consultation hospitalière.

Arch. Mal. Prof., Nov. 1961, 22, n° 11, 578-586.

92 - VIDART L. - THOMAS A.

Le devenir des cent derniers épileptiques sortis du centre de Gennevilliers.

Sem. Med., (suppl. sem. hôp. Paris), 14 sept. 1959, 35, n° 74-75.
815-817.

93 - WERY J. R.

Le problème social de l'épilepsie.

Bull. Soc. Clin. Hôp. Civ. Charleroi. Juil. 1959, 10, n° 3
185.

94 - WOLF G. K.

Intelligenzminderung bei epileptischen kindern.

Nervenarzt, av. 1970, 41, n° 4, 193-196.

95 - ZIMMERMAN F. T. - BURGEMEISTER B. B. - PUTNAM T. J.

Intellectual and emotional makeup of the epileptic.

Arch. Neurol. Psych., Mai 1951. 65, N° 5, 545-556.

